FLORIN STAMATIAN

OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

VOL. II - GINECOLOGIE

ECHINOX

Cuprins *volumul I și volumul Ii*

VOLUMUL I

I. ONTOGENIA ORGANELOR GENITALE FEMININE *(Florin Stamatian)* **1**

II. ANATOMIA ORGANELOR GENITALE FEMININE *(Pop Vaier)* 5

III. MAMELELE *(Pop Vaier)* **21**

IV. BAZINUL OSOS *(Florin Stamatian)* 25

V. ***BAZINUL MOALE*** *(i\1iiiai Surcel)* **31**

VI. CICLUL MENSTRUAL *(Fiorin Stamatian)* **33**

VII. HORMONII *(Florin Stamatian)* 38

VIII. ELEMENTELE SEXUALE ȘI DEZVOLTAREA OULUI *(Fiorin Stamatian)*
Gametogeneză 43
Fecundație, segmentare, migrare, nidare 49
Dezvoltarea oului în primele stadii de viață 52
Anexele fetale
Placenta 53
Lichidul amniotic 59
Cordonul ombilical **60**

IX. DIAGNOSTICUL DE SARCINĂ *(Antonia Neamțu)* **61**

X. IGIENA SARCINII *(Florin Stamatian)* **66**

XI. MODIFICĂRILE ORGANISMULUI MATERN ÎN SARCINĂ *(Florin Stamatian)* **71**

XII. SARCINA CU RISC OBSTETRICAL CRESCUT *(Florin Stamatian)* **77**

XIII. SFÂRȘITUL PERIOADEI DE GESTAȚIE. FIZIOLOGIE FETALĂ. *(Florin Stamatian)* **80**

XIV. FĂTUL LA TERMEN DIN PUNCT DE VEDERE OBSTETRICAL *(iVliiiai Surcel)* **84**

XV. MECANISMUL DECLANȘĂRII TRAVALIULUI/F/0/7/7 Sra/na?/a/7; **88**
Fiziologia contracțiilor uterine și a modificărilor de col în timpul travaliului 90
Mecanica activității uterine **94**

XVI. EXAMENUL CLINIC AL GRAVIDEI LA INTRAREA ÎN SALA DE NAȘTERI *(Florin Stamatian)* **97**

XVII. MECANISMUL NAȘTERII ÎN DIFERITE PREZENTAȚII *(Fiorin Stamatian)* **107**
Nașterea în prezentația craniană flectată **109**
Nașterea în prezentație pelviană **115**
Nașterea în prezentație facială **121**
Nașterea în prezentație bregmatică și frontală **122**
Prezentația umerală **123**

XVIII. DELIVRENȚA *(Florin Stamatian)* **125**
Hemoragiile din delivrență **129**
Hemoragiile din postpartumul îndepărtat **132**

XIX. TRAUMATISMUL MATERN *(Fiorin Stamatian)*
Rupturi de părți moi **133**
Ruptura uterină **136**

XX. LĂUZIA FIZIOLOGICĂ *(Giieorgiie Cruciat)* **139**

XXI. LĂUZIA PATOLOGICĂ ȘI INFECȚIILE PUERPERALE *(Giieorgiie Cruciat)* **146**

XXII. LACTAȚIA *(Ghieorghie Cruciat)* **151**
Ablactarea **153**
Afecțiunile sânului în lăuzie **154**

XXIII. SARCINA GEMELARÂ *(Florin Stamatian)* **161**

XXIV. DISGRAVIDIA PRECOCE *(Florin Stamatian)* **170**

XXV. HEMORAGIILE DIN PRIMUL TRIMESTRU DE SARCINA *(Florin Stamatian)* **173**
Avortul spontan **177**
Boala trofoblastică **180**
Sarcina ectopică **183**

XXVI. HEMORAGIILE DIN A DOUA JUMĂTATE A SARCINII *(Florin Stamatian)* **206**
Placenta praevia **207**
D.P.P.N.I. **210**
Alte cauze **214**

XXVII. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ÎN SARCINĂ *(I. Vasile Surcel)* **215**
Preeclampsia **216**
Eclampsia **234**
H.T.A. cronică și sarcina **236**

XXVIII. NAȘTEREA DISTOCICĂ *(Florin Stamatian)*
Distocii dinamice **239**
Distocii mecanice **243**
Proba de travaliu **245**

XXIX. TRAUMATISMUL OBSTETRICAL FETAL *(Florin Stamatian)* **249**

XXX. SUFERINȚA FETALĂ (Florin Stamatian); **251**
întârzierea de creștere fetală intrauterină **261**

XXXI. NAȘTEREA PREMATURĂ (Daniel Muresan) **266**

XXXII. RUPEREA PREMATURĂ DE MEMBRANE *(Daniel Mureșan)* **277**

XXXIII. SARCINA PRELUNGITĂ *(Florin Stamatian)* **284**

XXXIV. IZOIMUNIZĂRIL FETO-MATERNE ('C/ara Mro/7/i/c7; **287**

XXXV. DIABETUL ZAHARAT ȘI SARCINA *(Giieorgiie Cruciat)* **296**

XXXVI. BOLILE ASOCIATE SARCINII *(Giieorgiie Cruciat)*
Cardiopatia și sarcina **299**
Bolile renale și sarcina **301**
Bolile infecțioase și sarcina **304**
Bolile respiratorii și sarcina **307**
Bolile digestive și sarcina **308**
Bolile hematologice și sarcina **309**

XXXVII. MOARTEA FĂTULUI ÎN UTER *(Florin Stamatian)* **310**

XXXVIII. EXPLORĂRI ÎN OBSTETRICĂ *(Florin Stamatian)*
Amnioscopia **313**
Ecografia în obstetrică **315**
Amniocenteza **337**
Fetoscopia **341**
Alte examinări în medicina perinatală **342**
Cardiotocografia **342**

XXXIX. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ **346**

VOLUMUL II

XL. FOAIA DE OBSERVAŢIE GINECOLOGICĂ *(Fiorin Stamatian)* **349**

XLI. INVESTIGAŢII ÎN GINECOLOGIE *(Fiorin Stamatian)* **358**
Examinări extemporanee ale secreţiilor genitale **358**
Studiul glerei cervicale **359**
Investigaţii citologice ale conţinutului vaginal **359**
Studiul morfologic al aparatului genital **361**
Histerometria 361
Histeroscopia 362
Histerosaipingografia 364
Roiui ecografiei în ginecologie 367
Laparoscopia 382
Arteriografia peiviană 394
Fiebografia 395
Limfografia peiviană 398
Pelvigrafia gazoasă 398
Rezonanţa magnetică nucleară 399
Studiul echilibrului hormonal
Curba termică bazaiă 405
Dozăriie iiormonaie 407
Biopsia de endometru *1^,11.*

XLII. ETAPELE FIZIOLOGICE ALE VIEŢII GENITALE FEMININE *(Fiorin Stamatian)*
Perioada de nou-născut **412**
Copilăria **412**
Pubertatea **412**
Menopauza **417**
Senilitatea **426**

XLIII. TULBURĂRI DE FLUX MENSTRUAL *(Florin Stamatian)*
Amenoreea primară şi secundară, oligo-spaniomenoreea, hipomenoreea **428**
Hemoragiile genitale în afara sarcinii: menoragiile, metroragiile, meno-metroragiile **437**

XLIV. VULVO - VAGINITELE *(Florin Stamatian)* **448**
Vaginoza bacteriană **449**
Vuivo - vaginita trichomoniazică **451**
Vuivo - vaginita micotică **452**
Vulvo - vaginita cu Chiamydia şi Mycoplasma **454**
Bartolinitele **454**
Skenitele **455**
Sifilisul vuivo-vaginal **456**
Vuivo-vaginita gonococică **457**
Infecţiile virale ale vulvei şi vaginului **458**
Bolile distrofice **462**
Afecţiuni displazice **463**
Boala Paget **463**
Cancerul vulvar **464**

XLV. PATOLOGIA COLULUI UTERIN *(Florin Stamatian)*
Patologia benignă a colului. Displaziile **465**
Patologia malignă a colului. Cancerul de col uterin **470**

XLVI. PATOLOGIA CORPULUI UTERIN *(Florin Stamatian)*
Patologia endometrului **480**
Polipul endometrial 480
Hiperplazia de endometru 481
A trofia de endometru din postmenopauză 482
Sinechia traumatică 483
Cancerul de endometru 483
Fibromul uterin **488**

XLVII. PATOLOGIA OVARIANĂ *(Dan Ona)*
Distrofiile ovariene primitive **495**
Distrofiile ovariene secundare **496**
Distrofiile ovariene proliferative **496**
Distrofii proliferative cliistice 496
Distrofii proliferative policfiistice 496
Distrofii proliferative stromale 498
Distrofii regresive (hipoplaziile ovariene) **499**
Tumorile ovariene **499**
Tumori epiteiiale benigne 499
Tumori epiteiiale maligne 501
Tumori conjunctive benigne 504
Tumori conjunctive maligne 504
Teratoame ovariene 504
Tumori o variene cu morfologie și funcție specială 505
Tumori ovariene secundare (metastatice) 506

XLVIII. TULBURĂRI DE STATICĂ UTERINĂ *(Gfieorgbe Cruciat)*
Prolapsul genital **507**
Incontinența urinară de efort **514**

XLVIX. BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ *(Florin Stamatian)* **517**

L. TUBERCULOZA GENITALĂ *(Florin Stamatian)* **523**

LI. ENDOMETRIOZA/^/7o/7>7 Sramafe/?; **527**

LII. *9K[Q\SiQ\tK%}m^\^^\ (FlorinStamatian)* 533
Leziuni mamare benigne **534**
Mastodinia 535
Leziuni inflamatorii 535
Displazii mamare 536
Tumori benigne ale sânului
Tumori conjunctive 538
Tumori epitelio-conjunctive 538
Tumori epiteiiale 539
Tumori vegetante intracanaliculare 539
Tumori cu țesuturi heterotopice 539
Tumori vasculare 539
Tumori maligne ale sânului
Leziuni de frontieră (hiperplazia atipică, cancerul de sân in s/tu) 540
Cancerul de sân 541
Aspecte particulare în cancerul de sân 543

LIII. STERILITATEA ȘI INFERTILITATEA FEMININĂ *(Romeo Micu)* **547**

IV. CONTRACEPȚIE ȘI PLANIFICARE FAMILIALĂ *(Augustin Roșea)* **555**

LV. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ **571**

FOAIA DE OBSERVAȚIE GINECOLOGICĂ SIMPTOMELE CARDINALE GINECOLOGICE

Obiective

* Cunoașterea modului de efectuare a anamnezei la o pacientă care se prezintă pentru o problemă ginecologică;
* Cunoașterea principalilor factori de risc care conduc la încadrarea femeii în categoria celor cu risc crescut pentru a dezvolta un cancer de col, de corp sau de sân;
* Cunoașterea exactă a timpilor examenului ginecologic;
* Cunoașterea simptomelor cardinale din ginecologie;
* Coroborarea datelor clinice, paraclinice cu anamneză riguroasă (orice anamneză grăbită poate duce la grave greșeli diagnostice);
* Comunicarea cu bolnava și aparținătorii explicând exact diagnosticul, implicațiile pe care le are, posibilitățile de tratament.

Anamneză

Interogatoriul este primul timp al consultației. El nu este niciodată prea lung sau prea detailat; trebuie să începem cu el și nu trebuie să ezităm în a-l relua oricând în timpul examinării. Trebuie să știm să repetăm aceleași întrebări de mai multe ori, să insistăm pe anumite semne, să adăugăm alte întrebări care ne sunt sugerate de răspunsurile pacientei.

Principalele elemente ale interogatoriului

1. *Motivele prezentării la consultație:*

Prima întrebare pe care o adresăm bolnavei este: care este motivul pentru care vă adresați serviciului nostru?

Cel mai adesea bolnava se prezintă pentru durere, hemoragie, scurgeri patologice (leucoree) și sau alte semne asociate (febră, cefalee, disurie).

2. Date privind pacienta - se vor lua relații despre:

- vârstă, stare civilă, domiciliu;
- profesia (navetă, frig, umezeală);
- condiții socio-economice.

3. Antecedente familiare - ne va interesa în special, patologia ginecologică și în particular, cancer de sân la mamă, bunică sau mătuși. Se va întreba de asemenea despre patologia generală: boli cardio-vasculare, HTA, cancere ginecologice, diabet zaharat.

4. Antecedente personale fiziologice - se vor lua date legate de ciclul menstrual: menarha, caracterele ciclului menstrual, existența sau absența dismenoreei, dacă este cazul vârsta instalării menopauzei.

în mod normal mentruațiile survin la un interval de 26 - 30 de zile, durează aproximativ 4 zile, perioadă în care se pierde aproximativ 50 -100 ml lichid sanguinolent, necoagulabil.

Fenomene care însoțesc ciclul menstrual:

* *sindromul intermenstrual* - survine în perioada ovulației ca o jenă dureroasă în fosa iliacăînsoțit, eventual, de o mică hemoragie;
* *sindromul premenstrual* - precede cu câteva zile menstruația și ține până la apariția ei;
* *dismenoreea* - durere care însoțește menstruația.

Se vor lua date despre eventuale tratamente hormonale, despre tipul de contracepție practicat.

Data ultimului examen Babeș - Papanicolau.

5. Antecedente obstetricale- se pune accent mai ales pe eventualele complicații care au urmat după: avort, chiuretaj, manevre obstetricale, operații cezariene, rupturi de perineu, complicații în lăuzie (infecții puerperale, flebite), complicații ale alăptării (abces).

Nașterea unui copil cu o greutate de peste 4 000 gr poate indica un diabet zaharat.

6. Alte antecedente personale patologice:

Chirurgicale: - toate intervențiile dar mai ales cele abdominale și eventualele complicații survenite.

Medicale mai ales:

- *Tulburări intestinale sau urinare.* Va trebui să căutăm sistematic aceste simptome pentru că foarte frecvent ele însoțesc afecțiuni ginecologice, dar ele pot fi și în mod eronat atribuite unor tulburări în sfera genitală: durerile pelviene din colonopatiile funcționale, pierderile urinare din cistopatiile inflamatorii și infecțioase.

- *Date despre eventuale afecțiuni endocrine, diabet, tuberculoză, boli venerice* si eventualele tratamente efectuate.

Istoricul bolii actuale

Acest moment trebuie să fie de fapt o analiză detailată a simptomatologiei descrise până la acest moment de bolnavă. Schematic aceste simptome pot fi grupate astfel:

- sângerări anormale;
- absența menstruației;
- leucoree;
- durere;
- tulburări urinare sau rectale;
- simptomatologie mamară;
- tulburări ale sexualității.

Fiecare dintre aceste simptome trebuie să beneficieze de un interogatoriu minuțios.

A. Sângerări anormale

Este simptomul cel mai grav în ginecologie. Trebuie precizată:

a. Cantitatea hemoragiei:
- *abundentă:* - fibrom submucos;
  - avort (coapse pătate cu sânge).
- *redusă'in* cancer de corp uterin.

b. Aspectul hemoragiei:
- *sânge roșu viu* - avort;
  - polip fibros.
- *sânge negricios* în sarcina extrauterină;
- *asemănător apei cu care s-a spăiat carnea* - în cancer de corp uterin.

c. Cauza hemoragiei:
- *vulvo - vaginaiă:* - plăgi tăiate accidental;
  - epiteliom vulvar;
  - distrofii atrofice de menopauză.
- *uterină:* - fibrom
  - cancer de corp uterin.

Tulburările menstruale se pot clasifica în:

* *Menoragia*- menstruația care se prelungește mai mult de 7 - 8 zile (fibrom uterin, polip endometrial).

* *Poiimenoreea*- menstruații ce survin sub 21 de zile (ciclurile sunt anovulatorii, insuficiența progesteronică).

* *Metroragia*- sângerare uterină ce poate surveni oricând între 2 menstruații normale (tratamente estrogenice inadecvate, tulburări endocrine, fibrom.)

* *Menometroragia* - sângerare uterină total neregulată ca frecvență și durată excesivă cantitativ. Menstrele nu pot fi individualizate de către bolnavă (boli hematologice, fibrom, TU ovariene estrogeno - secretante).

* *Hipomenoreea* - sângerare menstruală anormal de redusă cantitativ, cu durată sub 3 zile (sinechie uterină, TBC endometrial).

* *Oiigomenoreea* - menstrele apar la interval de peste 35 zile (tulburări endocrine mai ales hipotiroidism).

în metroragii sângele este mai roșu decât cel menstrual. Sângele din metroragie coagulează pe când cel menstrual nu coagulează.

B. Absența menstruație! sau amenoreea

Vorbim despre amenoree phmară dacă femeia nu a avut niciodată ciclu menstrual sau de amenoree secundară dacă ea avut menstruații dar nu le mai are de peste trei luni.

Dacă suntem în fața unei amenoreei secundare vom căuta modul de apariție, respectiv oprire bruscă, la o femeie până la acest moment cu cicluri regulate sau dimpotrivă instalarea ei după o perioadă de spaniomonoree. Spaniomenoreea este caracterizată de menstruații în cantitate normală care survin însă la o perioadă de peste 45 de zile.

Hipomenoreea sau oiigomenoreea sunt menstruații cantitativ foarte reduse, ele putându-se limita doar la câteva pete.

C. Leucoreea

Interogatoriul ne va ajuta să distingem o leucoree patologică de o leucoree fiziologică.

Glandele mucoasei tractului genital secretă, în mod normal, un lichid în cantitate redusă. Această secreția nu este abundentă și o numim leucoree fiziologică.

Leucoreea normală este formată din secreția glandelor sebacee și sudoripare, din mucoasa labială și mucusul vâscos al glandelor Skene și Bartholin. Epiteliul colului conține numeroase glande ce secretă mucus puțin abundent care nu e filant în primele 14 zile ale ciclului pentru ca la ovulație să devină abundent, filant și transparent, moment în care el are o reacție alcalină, favorizând ascensiunea spermatozoizilor. în a doua fază a ciclului menstrual mucusul este mult redus cantitativ, este mult mai dens, el devenind o barieră în fața ascensiunii spermatozoizilor. Aciditatea vaginala este datorată bacililor Doderleine ce transformă glicogenul celulelor vaginale în acid lactic. Mediul acid și bacilii Doderlain apără vaginul de inocularea microbiană.

Când leucoreeB devine mai abundentă și se exteriorizează sub forma unei secreții iritante, ea este patologică. Cele mai frecvente leucorei patologice întâlnite sunt:

Leucoreea gonococică - este abundentă, verzuie, însoțită de prurit, disurie, dispareunie.

Leucoreea parazitară (Trichomoniazică) este albă - verzuie, spumoasă, aerată, cu miros de mucegai.

Leucoreea micotică - este abundentă, albă, brânzoasă, aderentă.

D. Durerea

Durerea cu sediu pelvin este una din cele mai frecvente acuze pentru care este solicitat examenul ginecologic (30% din consultațiile ginecologice sunt pentru dureri cronice pelvine). Durerea din afecțiunile ginecologice este percepută cel mai adesea în abdomenul inferior și în regiunea sacrată.

După intensitate poate fi:

a. Durere supracută, sincopală, cu debut brusc - apare mai ales în abdomenul acut din urgențele ginecologice:

- ruptura unei sarcini extrauterine;
- perforația unui piosalpinx;
- torsiunea chistului ovarian.

b. Durere acută (ie intensitate mai mică decât precedenta, mai puțin dramatică și brutală. Apare în:

- boala inflamatorie pelvină acută;
- polip acușat în col, etc.

c. Durerea cronică, se manifestă ca o senzație de greutate permanentă în pelvis și este exacerbată de efort, mers, ortostatism. Apare în:

- fibrom uterin;
- prolaps;
- boala inflamatorie pelvină cronică (anexitele cronice).

d. Durerea periodică, intermitentă, în funcție de ciclul menstrual. Este de mai multe tipuri:

- durerea intermenstruală (la ovulație) însoțită de scurgeri sanguinolente;
- durerea premenstruală - apare cu 8 - 10 zile înaintea menstruație! și e caracteristică ovaritei sclero - chistice;
- durerea postmenstruală - indică prezența unei boli inflamatorii pelvine.

e. Dismenoreea- durere ce apare la menstruație, poate fi primară sau secundară și poate de exemplu apare în endometrioză, distrofie ovariană, etc.

Diagnosticul diferențial este necesar pentru a preveni erori regretabile. Durerile cu sediul în hipogastru sau fosele iliace impun un diagnostic deferențial cu: apendicita, colita, cistita.

* *Apendicita acută* se diferențează de anexită prin anamneză, antecedente ginecologice și tușeu vaginal. în anexită nu apar tulburări digestive. lar modificările locale anexiale tranșează diagnosticul.

* *Colita spastică* - durerile sunt în fosa iliacă stângă însoțite de constipație, meteorism, iar examenul ginecologic este negativ.

* *Cistita acută sau cronică* se caracterizează prin dureri hipogastrice, disurie, polachiurie.

* *Dureriie iombosacrate* au etiologie multiplă, sunt des întâlnite la femei și uneori etiopatogenia este greu de precizat. Anamneză, examenul clinic general, genital și al regiunii lombosacrate diferențiază lombalgia genitală de cea de altă etiologie.

E. Tulburări urinare

Trebuie făcută diferențirea între incontinența urinară de efort care apare la tuse sau la transportul unei greutăți și micțiunile imperioase care sunt caracterizate printr-o scurgere a urinei înainte ca femeia să își poată satisface necesitatea. Se va face distincție, de asemenea, între micțiunile frecvente în care femeia are senzația permanentă ale unei vezici urinare pline și pierderea permanentă de urină care evocă o fistulă.

Polachiuria poate să fie nocturnă sau diurnă, va trebui precizat ritmul precum și existența usturimilor la micțiune. O cistita este prin definiție asocierea polakiuriei cu usturimi micționale și urină tulbure.

F. Tuiburări rectale

Se va analiza dacă este vorba despre constipație, crampe intestinale, tenesme sau dificultăți de eliminare a scaunului. Acesta din urmă poate să fie datorat unui rectocel care obligă femeia la reducerea prolapsului prin introducerea unui deget intravaginal, gest ce permite ulterior eliminarea scaunului.

Incontinența anală este un simptom rar și este datorată insuficienței sfincterului anal extern.

G. Tulburări mamare

Principalele simptome care pot apare sunt: tensiunea mamară premenstruală, scurgeri mameionare: seroase, sanguinolente, purulente, lactate - uni sau bilateral.

în fața acestei simptomatologii este esențial să ne informăm asupra eventualelor tratamente medicamentoase efectuate de bolnavă.

H. Tulburări sexuale

Este un moment important și delicat al interogatoriului și el va trebui să ne ajute să facem diferențierea între un libidou scăzut sau o lipsă a orgasmului datorată durerii ce poate apare la penetrare sau poate fi profundă. Nu trebuie uitat că sunt afecțiuni care fac imposibilă penetrarea.

Examen general (vezi foaia de observație obstetricală)

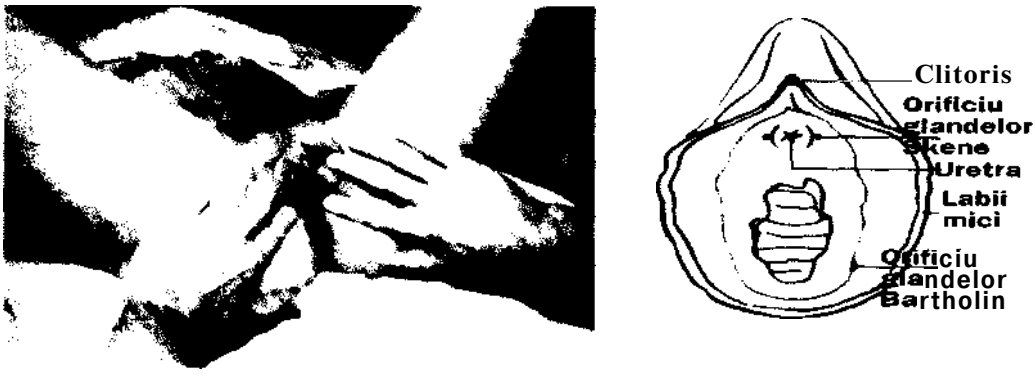
Examen clinic al abdomenului

* Inspecția:
  - aspectul tegumentelor, coloratia, prezența de vergeturi, cicatrice (după intervenții chirurgicale anterioare);
  - creșterea în volum a abdomenului: tumori gigante, ascită.
* Palparea:
  - uneori vom sesiza prezența tumorilor (precizăm dimensiunile, forma, consistența, sensibilitatea).
* Percuția:
  - permite diagnosticul diferențial al tumorilor abdomino-pelvine cu ascita: în tumori matitatea este cu convexitatea în sus; în ascită limita superioară a matității este concavă.

Examen ginecologic propriu-zis:

- pregătirea bolnavei: golirea vezicii urinare, evitarea spălaturilor vaginale (deoarece pot apărea erori de diagnostic);
- inspecția regiunii vulvare și perineului;
- examenul cu valvele;
- tușeul vaginal;
- tușeul rectal.

1. Inspecția regiunii vulvare și a perineului evidențiază:
- anomalii congenitale: hipoplazia vulvară, sutura labiilor pe linia mediană;
- dezvoltarea pilozității, gradul de pigmentare a regiunii vulvare (hiperpigmentarea din unele boli generale), troficitatea locală a tegumentelor;
- aspectul labiilor mici și a vestibulului vaginal - hiperemie, edem, secreții patologice, ulcerații, tumori;
- dermatoze: piodermita, kraurozis = distrofie vulvară la vârstnice cu stenozarea orificiului vaginal, zone hiperpigmentate, zone depigmentate; intertrigo;
- cicatrici perineale la marile multipare după epiziotomie sau rupturi la naștere incorect suturate ce favorizează prolapsul genital.



Rg. 1 Inspecția regiunii vuivo - perineale.

2. Examenul cu valvele sau speculum:

- necesită sursă de lumină bună;
- permite examenul vaginului și al colului uterin.

Examenul colului

Este cilindric sau conic (la nulipare) cu orificiul extern punctiform (nulipare) sau transvers, cicatricial (după rupturi de col) la multipare; Când buza anterioară este mai alungită dă aspectul de col apiroid. în mod normal, este situat median, deviat la stânga sau la dreapta în procese inflamatorii (boală inflamatorie pelvină); în retroversia uterină colul privește în sus spre simfiză, în hiperanteversieflexie colul privește posterior.

Culoarea: este roz - roșiatică (femei cu bună impregnare estrogenică); roz - pală (climax); violacee (în sarcină). La nivelul colului se pot vizualiza *leziuni patologica.* ectropion - leziune roșiatică uniformă periorificială (migrarea epiteliului cilindric endocervical la nivelul exocolului); exocervicite (inflamații, eroziuni ale colului); tumori vegetante sau ulcerate (cancerul de col); polipi cervicali (proeminențe roșu închis, ce herniază prin canalul cervical). Tot la acest nivel se poate observa glera cervicală care este transparentă, filantă la ovulație sau se pot observa secreții patologice purulente ce sunt drenate prin orificiu extern al colului mai ales când exprimăm colul între valve(endocervicite).

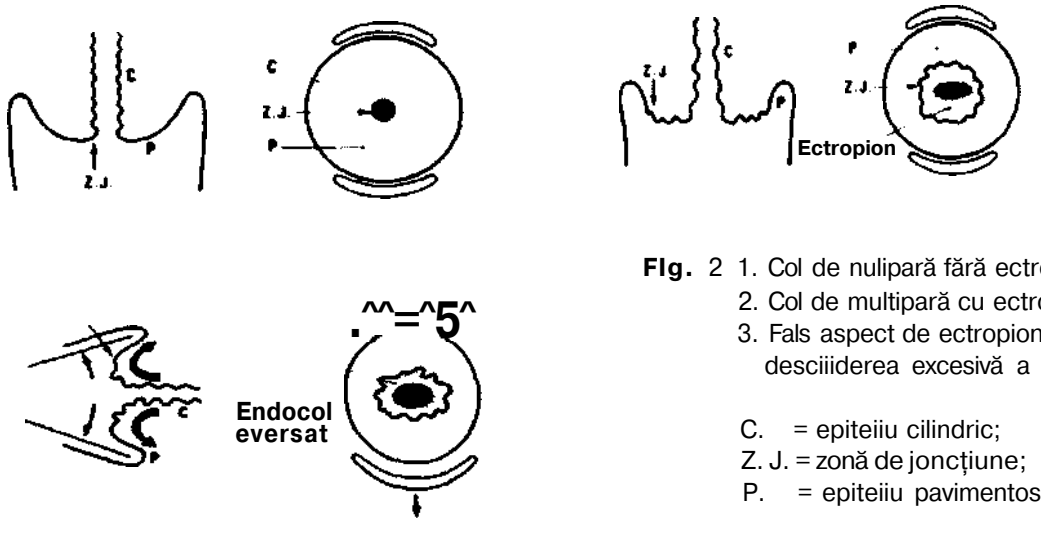


Fig. 2 1. Col de nulipară fără ectropion.
2. Col de multipară cu ectropion.
3. Fals aspect de ectropion creat prin desciiiderea excesivă a speculului.

C. = epiteiiu cilindric;
Z. J. = zonă de joncțiune;
P. = epiteiiu pavimentos.

Examenul pereților vaginali: la retragerea progresivă a valvelor poate releva:
- malformații vaginale: hipolplazie, septuri incomplete (median);
- troficitatea mucoasei (în climax mucoasa este atrofică), albicioasă;
- noduli endometriozici violacei în fundul de sac vaginal posterior;
- chisturi vaginale;
- tumori benigne și maligne;
- conținut vaginal (leucoree, sânge).

3. Tușeul vaginal
- se efectuează cu mănuși sterile;
- este un tușeu combinat abdomino - genital;
- clasic, conține 5 timpi când examinăm următoarele elemente: vagin, col, funduri de sac vaginale, corp uterin, anexe.

Când nu am urmărit la un tușeu vaginal fiecare din aceste elemente, examinarea este superficială și diagnosticul poate fi incomplet sau greșit.

Timpul I. Explorarea vaginului

Se apreciază: tonusul perineului, suplețea pereților și prezența tumorilor vaginale.

Timpul II. Examenul colului:

Facem o mișcare circulară cu degetele în jurul colului apreciind situația și direcția lui. Normal este situat în axul vaginului la 8 cm de vulvă. Consistența este fermă în mod normal, moale în sarcină; dură în fibrom. Ne retragem cu degetul și apreciem orificiul extern al canalului cervical ce este punctiform (nulipare) sau în fantă (la nnultipare).

Timpul III. Fundurile de sac vaginale se apreciază printr-o mișcare circulară înaltă mai amplă în jurul colului. Normal sunt suple, elastice.

în parametritele cronice sunt scurtate, retractate și se simt ca niște bride.

Normal fundul de sac posterior este mai profund și liber iar în cel anterior se simte unghiul de flexie a! corpului pe col. în anteflexie aici vom găsi și corpul uterin. în retroversia uterină corpul uterin se palpează prin fundul de sac posterior.

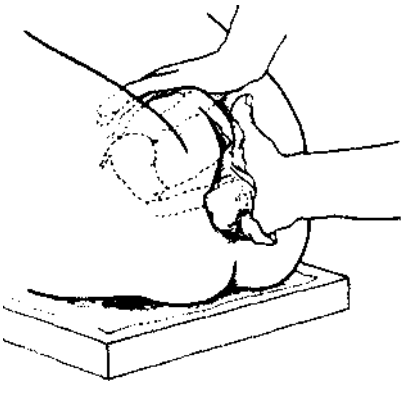


Fig. 3 Tehnica tușeuiui vaginal.

Timpul IV. Corpul uterin

Mâna abdominală se plasează pe fundul uterului iar degetele vaginale plasate posterior pe col și istm ridică uterul spre peretele abdominal anterior.

Normal, uterul este în anteversie - flexie ușoară, neted, ferm, elastic, fuge de sub degete "ca un sâmbure de cireașă" nedureros la palpare.

Patologic, uterul poate fi latero - deviat dreapta sau stânga prin procese inflamatorii (aceste deviații apar mai frecvent după nașteri sau avorturi complicate), sau prin procese tumorale de vecinătate (chist ovarian mare). Uterul poate fi găsit deasemenea în hiperateversie sau retroversie.

Consistența uterului este fermă, elastică în mod normal; moale, păstoasă în sarcină și dură cu nodozități în fibrom.

Timpul V. Anexele se palpează plasând degetele în fundul de sac vaginal, lateral în timp ce mâna abdominală deprimă peretele abdominal la nivelul fosei iliace în inspir profund. La femeile în plină activitate sexuală se palpează doar ovarele de dimensiunile unei migdale. în anexitele cronice palpăm latero - uterin o formațiune îngroșată ca un cordon, dureroasă la tact.

în cazul formațiunilor tumorale latero - uterine trebuie precizat dacă acestea aparțin corpului uterin sau anexei. Există câteva semne ce indică sediul formațiunii, de exemplu în chistul ovarian există un șanț de separare între uter și masa anexială, iar mișcările imprimate acestuia nu se transmit colului și invers. De asemenea, consistența chistului este mai moale. în cazul unei mase ce formează corp comun cu uterul (nodul fibromatos) șanțul de delimitare nu există iar mișcările imprimate colului se transmit formațiunii și invers.

La o formațiune tumorală apreciem volumul, consistența, mobilitatea și sensibilitatea.

4. Tușeul rectal

Tușeul rectal este, în cursul examenului ginecologic, un timp complementar dar cel mai adesea indispensabil. Este obligatoriu în neoplasmul de col uterin pentru aprecierea extensiei acestuia. Se mai poate utiliza în diagnosticul hematocelului, abcesului pelvin.

La virgine, combinat cu palparea abdominală este singura modalitate clinică de examinare a organelor genitale.

Ampula rectală trebuie examinată pe toate fețele sale, nescăpând din vedere faptul că o leziune rectală, în particular un cancer, poate coexista cu o afecțiune ginecologică.

Examenul sânului

Face parte integrantă din examenul ginecologic chiar dacă nu există nici o simptomatologie subiectivă. El permite depistarea sistematică a cancerului acestui organ. Examinarea se face având bolnava cu bustul gol, în poziție șezândă și apoi în poziție^jculcată.

j a. *Inspecția*- se face din față și din profil, bolnava este în poziție șezândă și cu mâin le așezate pe talie. Sunt căutate: o eventuală refracție a mamelonului, o defoijmare a conturului sânului, o accentuare eventuală a porilor pielii, eventuale scoame pe areole.

b. *Palparea*

Cu o mână se susține sânul iar cu cealaltă mână se alunecă pe suprafața lui apreciindu-se mobilitatea dintre tegumente și glandă, structura, forma și dimensiunile glandei. Printr-o presiune ușoară se caută eventualele scurgeri mamelonare. Sânul normal este granulos la palpare. Examinarea se continuă prin palparea regiunii axilare și supraclaviculare căutându-se eventualii ganglioni.

c. Examinarea se termină prin *sfătuirea pacientei să* își facă un autoexamen o dată pe lună, după menstruație și în situația în care constată un nodul neobișnuit, modificări ale pielii, retractil ale mamelonului, scurgeri mamelonare, să consulte imediat un specialist.

INVESTIGAȚII IN GINECOLOGIE

Examinări extemporanee ale secrețiilor genitale

Aceste examinări fac parte din examenul ginecologic normal mai ales dacă pacienta ne consultă pentru leucoree. Examenul constă dintr-o prelevare a secreției vaginale din fundul de sac vaginal posterior și într-o picătură de ser fiziologic produsul se studiază microscopic. Secreția vaginală normală este de aspect alb - lăptos și este formată dintr-un transudat al mucoasei vaginale, amestecat cu epitelii descuamate și cu secreție cervico - uterină, floră microbiană saprofită.

La femeia adultă, sănătoasă, flora saprofită este reprezentată de bacili Doderlein care împreună cu glicogenul și acidul lactic sunt factori de apărare ai vaginului. Prin distrugerea autoapărării vaginului se produce o modificare a florei vaginale, datorită pătrunderii germenilor din exterior cu apariția unui exod leucocitar în secreția vaginală. în funcție de prezența diferitelor componente în secreția vaginală au fost decrise patru grade de puritate:

- Gradul I -în secreție se găsesc numai bacili vaginali (Doderlein) și epitelii;
- Gradul II - bacili vaginali, epiteliu, câtva germeni și câteva leucocite;
- Gradul III - puțini bacili vaginali, epitelii, coci grampozitivi și gramnegativi și multe leucocite;
- Gradul IV - absența bacililor Doderlein, puține epitelii, multe leucocite (polinucleare), bogată floră microbiană.

în realitate putem fi în fața a trei situații:

* ***Frotiul este curat*** și conține puține polinucleare.

în prima parte a ciclului celulele vaginale sunt de tip superficial, sunt etalate, au nucleu picnotic, nu găsim leucocite, toate aceste elemente indicând o bună impregnare estrogenică.

în a doua parte a ciclului celulele vaginale sunt de același tip dar sunt plicaturate și întâlnim și câteva leucocite. Pe lama în care s-a pus și soluția de potasiu 5%, prin dispariția celulelor vom putea identifica mai ușor filamentele de micelii.

* ***Frotiul este murdar*** *{gradi* de puritate III - IV).

Celulele vaginale sunt dificil de pus în evidență, ele fiind fie distruse, fie mascate de numărul mare de leucocite. Dacă reușim să le vizualizăm, ele sunt de tip parabazal, respectiv sunt mici rotunde și cu nucleu mare. în această situație, trebuie să căutăm trichomonasul care apare ca o celulă ovalară, cu un nucleu mic, citoplasmă clară și talia celulei fiind mai mare decât a polinuclearelor. El are de asemenea un flagel mobil care determină deplasări ale sale în diverse direcții.

Prezența sau absența trichomonasului nu trebuie să ne facă să abandonăm căutarea levurilor prin adăugarea pe lamelă a hidroxidului de potasiu. Asocierea trichomonasului cu levurile este foarte posibilă.

* ***Frotiul vaginal este murdar dar nu găsim nici trichomonas nici candidoză.***

în prezența unor date anamnestice de contaminare venerianã sau dacă există o infecție a aparatului genital de tipul endometrită sau salpingită va trebui să facem prelevări din endocervix și/sau de la nivelul uretrei pentru a căuta și alți agenți patogeni și în special gonococul.

Studiul glerei cervicale

Este un timp foarte important mai ales în investigaţiile pentru sterilitate. La efectuarea şi interpretarea lui trebuie să ne asigurăm în prealabil că nu există nici un tip de infecţie cervicală sau vaginală.

Examinarea începe prin exprimarea colului între valve, putând aprecia astfel abundenţa secreţiei şi gradul de deschidere a orificiului cervical.

Cu ajutorul unei pense se recoltează glera şi prin deschiderea pensei se apreciază gradul ei de filanţă (normal 7 - 8 cm la sfârşitul peiroade foliculare). O picătură de gleră se aşază pe o lamă microscopică, se lasă să se usuce şi apoi se studiază la microscop. O gleră normală conţine foarte puţine elemente celulare şi cristalizează în frunză de ferigă. Dacă recoltarea a fost făcută în momentul ovulaţiei această cristalizare este abundentă cu foarte multe ramificaţii.

a b c

Rg. 4 Examenul glerei cervicale.
a. cristalizare incipientă; b. cristalizare medie; c. cristalizare completă.

Aceste examinări vor fi confruntate cu curba termică bazală deoarece efectuarea lor prea devreme la o femeie care are o ovulaţie tardivă, în mod logic va da rezultate nefavorabile.

Testul Huhner - reprezintă studiul ascensionării spermatozoizilor în glera cervicală. Examenul se face la sfârşitul perioadei foliculare, moment pe care îl determinăm prin studiul curbei termice bazale, după două zile de abstinenţă şi după 8 - 12/ore de la contactul sexual. Prelevarea se face din orificiul extern al colului. Testul este considerat pozitiv dacă avem mai mult de 5 spermatozoizi cu mobilitate progresivă şi foarte puţine polinucleare.

Se face o a doua prelevare endocervicală la aproximativ 2 cm de orificiul exterrl. Unii autori recomandă şi o a treia prelevare endo - uterină. în prelevatul endo - uterin în mod normal, spermatozoizii sunt mai puţini dar ei au o motilitate mult mai accentuată deoarece lichidul endo - uterin este mai fluid.

înainte de executarea acestui test trebuie să ne asigurăm că avem o gleră de bună calitate şi unii autori recomandă şi o prelevare din fundul de sac vaginal posterior ceea ce ne va permite eliminarea unor infecţii vaginale precum şi punerea în evidenţă a spermatozoizilor în vagin.

Investigaţiile citologice ale conţinutului vaginal

* ***Examenulcito - vaginal-*** este un test hormonal calitativ care permite evaluarea funcţiei ovariene pe bază de frotiuri vaginale.

Indicaţiile examenului citovaginal. amenoree patologică; dereglări de ciclu în

exces sau minus; meno - metroragii; sterilitate; avort endocrin; disfuncția altor glande cu repercursiuni asupra ovarului; afecțiuni tumorale mamare benigne sau maligne.

Contraindicații. infecții acute și subacute genitale, infecții locale vaginale cu paraziți, cancerul genital.

Principiul care stă la baza acestui test: epiteliul vaginal uman este un receptor hormonal sensibil care prezintă importante modificări histologice și citologice. Concomitent, epiteliul se descuamează în mod constant și continuu.

Recoltarea se face din fundul de sac vaginal lateral în ziua 10-a, 14-a și 21-a a ciclului menstrual.

Interpretarea hormonală a frotiurilor- constă din elaborarea unei citograme din care să rezulte pe fiecare frotiu variațiile indicilor cantitativi și calitativi.

a. Indici cantitativi

- I.A. - este indicele acidofil care reprezintă procentul de celule mature cu citoplasmă eozinofilă față de celulele bazofile colorate în verde (colorație hematoxilină). Normal acest indice la o femeie cu un ciclu de 28 de zile atinge apogeul de 50 - 65% în ziua 14-a de ciclu (ovulație).

- I.K. - reprezintă indicele kariopicnotic, adică procentul de nudei mici față de cei blastici socotiți la toate celulele de tip superficial, indiferent că sunt eozinofile sau bazofile. Față de I.A. este mai mare cu 30% și atinge apogeul în jurul ovulației când este de 80 -100%. Ambii indici atestă efectul estrogenilor asupra receptorului vaginal.

b. Indici calitativi

- I. M. = indicele de maturație - care reprezintă procentul dintre cele trei tipuri de celule parabazale intermediare și superficiale.

- I.P. este indicele de plicaturare, adică procentul dintre celulele plicaturate și celulele plate. Plicaturarea este semnul acțiunii progesteronului.

Se mai urmărește indicele de aglomerare care reprezintă modul descuamării celulelor sub formă izolată (activitate estrogenica) sau în placarde (activitate progesteronică.

Clasificarea frotiurilor cuprinde patru grupe:

1. *Frotiu normal-* '\r\ care indicii calitativi și cantitativi prezintă variații ciclice cu apogeul în ziua ovulației, curba indicelui acidofil crește înce-
—^ pând cu ziua 8-a de la 30% la 55% în ziua a 14-a și recade progresiv în faza progesteronică. Paralel I.K. crește la 100%, urmând aceiași curbă paralelă cu I.A., descuamarea este izolată, frotiul foarte curat.

2. *Frotiu hipofoliculinic* - în care curba I. A. și I.K. nu ating apogeul normalului de mai sus.

3. *Frotiu hiperfoliculinic* - curba celor doi indici depășește limitele normalului.

4. *Frotiu de tip atrofie* - indicii sunt egali cu zero datorită absenței hormonilor ovarieni.

* ***Citotestul Babeș - Papanicolaou*** (vezi cancerul de col

STUDIUL MORFOLOGIC AL APARATULUI GENITAL

1. HISTEROMETRIA

Histerometria este un cateterism al uterului, manoperă ce se efectuează cu un instrument gradat și care are ca scop aprecierea dimensiunilor și a orientării anatomice a acestuia.

* ***Indicații.*** hipotrofia uterină, ca prim gest a unei alte manopere endo - uterine (biopsie de endometru, chiuretaj, plasarea unui D.I.U.).

* ***Contraindicații.*** infecții cervicale, infecții utero - anexiale recente sau în antecedente, sarcină.

* ***Riscurr.*** complicații infecțioase (endometrită, anexită); întreruperea unei sarcini, perforația uterină.

* ***Rezultate normale.*** în mod normal uterul este în anteversie flexie și are o profunzime de 7 cm (2.5 - 3 cm colul uterin și 4 - 4.5 cm corpul uterin); o ușoară rezistență la introducerea histerometrului marchează limita dintre aceste două segmente anatomice.

Deși pare o examinare simplă, histerometria prezintă toate riscurile și contraindicațiile unei manevre endo - uterine. Ea nu trebuie executată decât de o persoană antrenată.

* ***Tehnica examlnărlt.*** pentru a face accesibil orificiul extern al colului uterin este necesară utilizarea unei pense de col (Pozzi). Exercitând o tracțiune minimă asupra pensei are loc și o orizontalizare a canalului cervical. Se tentează introducerea histerometrului, iar dacă orificiul cervical extern sau canalul nu permite penetrarea ușoară, se va face dilatarea acestora utilizând Hegare. în acest caz se va avertiza pacienta că manevra poate să fie dureroasă.

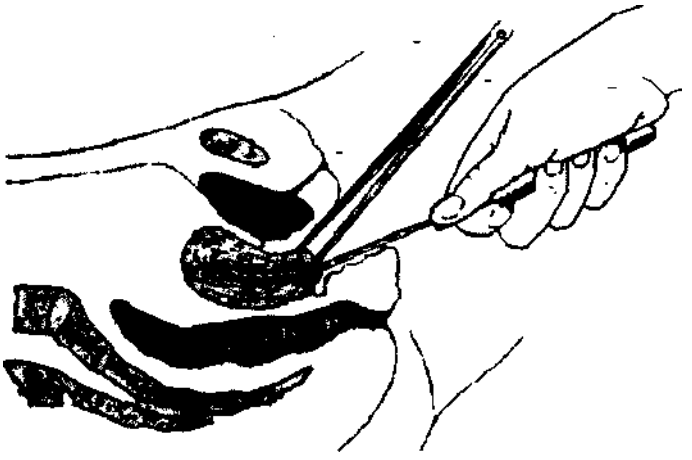


Fig. 5 Histerometrie.

2. HISTEROSCOPIA

în ultimul deceniu histeroscopia a căpătat din nou importanță ca metodă de studiu a cavității uterine. Ea este o endoscopie a cavității uterine în prealabil spălată și destinsă de către un flux de soluție izotonică sterilă.

Prima histeroscopie a fost raportată de Pantaleoni în 1869. El a folosit un tub cu un diametru de 12 mm introdus prin canalul cervical, iluminarea fiind asigurată cu oglindă concavă ce reflecta lumina naturală înspre cavitatea uterină. Metoda a fost pusă la punct în Germania de către Gauss (1925) și reactualizată în Franța de către Hennuy și Segond (1935).

Histeroscopia a fost revitalizată datorită:

- utilizării pentru iluminarea endoscopului a luminii reci;
- folosirea pentru distensia cavității uterine a unei soluții vâscoase (dextran 20%, glutaldehida), fie a insuflației continue de gaz carbonic.

* *Instrumentar*

Materialul de bază indispensabil pentru realizarea unei histeroscopii exploratorii este alcătuit din trei elemente:

- un histeroscop (Fig. 6);
- o sursă de luminoasă de mare putere;
- un mediu de distensie a cavității uterine.

Flg. 6 Histeroscop.

Histeroscopul clasic este format dintr-un tub de 25 cm și cu un diametru de 4 mm, endoscopul, și un tub exterior cu diametrul de 4.5 mm, ce prezintă o canalizare internă prin care circulă mediul care asigură distensia.

Endoscopul este dotat cu un sistem de lentile optice, transmisia luminii efectuându-se printr-un sistem de fibre optice alăturate lentilelor. La extremitatea distală a endoscopului se găsește o lentilă așezată oblic la 160°, care permite un câmp vizual de 90° panoramic.

Tipuri de histeroscoape: histeroscopul rigid, histeroscopul de contact, microcolpohisteroscopul, histeroscopul flexibil.

Modelul operator este mai gros, el are 7 mm, permițând introducerea unei mici pense pentru biopsie și cauterizare, sau a sondei pentru Nd - YAG Laser.

De asemenea se poate cauteriza orificiul tubar cu o sondă, în vederea explorării, sau a unui electrod în vederea sterilizării endoscopice.

Ca medii de distensie, astăzi, cele mai utilizate sunt anhidrida carbonică, Dextranul 70% sol. 1.5 Glycina.

* *Tehnica explorării iiisteroscopice*

Pacienta este așezată în poziție ginecologică și cu ajutorul unui specol se vizualizează colul. Pentru evitarea senzațiilor dureroase se face o infiltrație paracervicală. Se introduce histeroscopul în orificiul cervical extern, se introduce substanța pentru distensie și se începe explorarea. Aceasta se face în două etape: studiul canalului cervical și studiul cavității.

* *Imaginea histeroscopică normală*

Canalul cervical (Fig. 7), de culoare roz, prezintă pliuri transversale numite "arborele vieții" care se unesc pe marginile laterale și se estompează pe coloanele anterioare și posterioare.

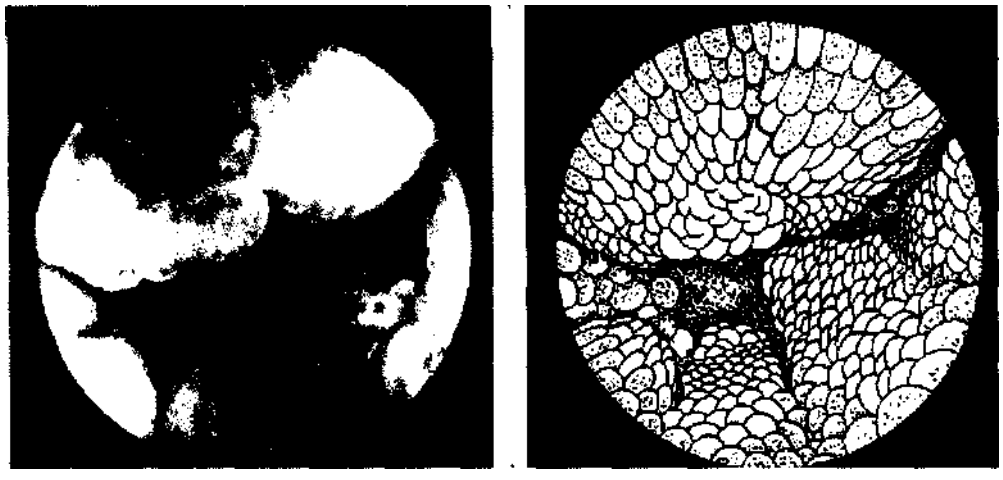


Fig. 7

Vizualizarea canalului cervical adesea este îngreunată de glera cervicală mai mult sau mai puțin opacă.

Mucoasa istmului este netedă și palidă.

în mod normal cavitatea uterină se prezintă examinatorului ca un tunel care, la extremitatea sa profundă, are două funduri de sac - coarnele uterine - ce conțin orificiile tubare. Mucoasa corporeala este roșie și vălurită. Cu toate precauțiile ea prezintă în general zgârieturi și mici flocoane sângerânde care nu trebuie confundate cu polipii.

în contextul acestor imagini normale sunt ușor de recunoscut imaginile patologice:

a. *Polipul mucos-1oxmaX\uue* ovalară cu suprafața netedă, culoare roșie intensă, mobilitate relativă;

b. *Resturi piacentare* - formațiuni brune cu suprafețe neregulate adesea cu placarde de fibrină;

c. *Cancerul* - aspect ulcero - vegetant caracteristic cu puncte sângerânde.

*** *Indicațiile liisteroscopiei***

-tulburări menstruale (polimenoree, hipermenoree, oligomenoree, hipomenoree, amenoree);
- metroragii în premenopauză sau postmenopauză;
- sterilitatea și infertilitatea;
- sindromul Ascherman;
- controlul cicatricilor uterine (operație cezariană, miomectomie);
- malformații uterine;
- localizarea dispozitivelor intrauterine pierdute, migrate sau suspecte de a fi încarcerate în cavitatea uterină;
- tumori benigne (miom submucos, polipi);
- adenocarcinomul de endometru;
- suspiciunea de resturi placentare.

Morris și Bumm au fost primii care au încercat folosirea unor tehnici operatorii pe cale histeroscopică, într-o epocă în care nu dispuneau de substanțe adecvate pentru distensia cavității. Ei au efectuat cauterizări în cancere și endometrite, extrageri de polipi din cavitate.

Numeroși autori și-au adus contribuția la extinderea metodei, atât în scop diagnostic cât și în scop terapeutic. Dintre aceștia citățm pe Dickinson, Micklicz, Hyams, De Vilbiss, etc.

Anii '70 au marcat o mare dezvoltare a chirurgiei sub control histeroscopic, ea având ca indicații:

* anticoncepția:
  - sterilizarea prin electrocoagulare;
  - sterilizarea prin termosonda;
  - sterilizarea prin injectarea unor substanțe ca gelatina, siliconul, polietilena etc;
  - sterilizarea prin tampoane sau dispozitive intratubare.

* controlul dispozitivului intrauterin și extragerea sa;
* secțiunarea aderențelor și septelor;
* extirparea polipilor și mioamelor submucoase;
* efectuarea biopsiei endometriale dirijate;
* cauterizarea endometrului în tratametul hemoragiilor.

**** Contraindicații:***

a. Afecțiuni inflamatorii acute cu localizare pelviană.
b. Perforații uterine recente.

3. HISTEROSALPiNGOGRAFIA(H.S.G.)

Investigarea modernă a diferitelor afecțuini nu poate fi concepută fără concursul radiologiei, iar ultimele trei decenii au dovedit în mod indiscutabil utilitatea explorării radiologice a uterului și trompelor în afecțiunile genitale. HSG este o metodă paraclinică de un real folos și care s-a dovedit a fi uneori indispensabilă în explorarea aparatului genital feminin. Ea se bazează pe introducerea substanțelor iodate, opace la razele X, în canalul genital.

Prima încercare de a radiografia uterul folosind o soluție de Lugol a fost făcută de către Nemenov (1909). Urmează o serie de încercări cu diferite soluții (soluție de bismut - Rindfleisch - 1990; argirolul - Cary 1913; aerul - Rubin 1919), substanța

iodată fiind folosită pentru prima dată de către Portret în 1923. în 1926 Cotte insistă asupra probei de control a permeabilității tubare la interval de 24 - 48 ore de la introducerea lipiodului în uter și trompe. Metoda sa cunoaște o nouă actualizare prin utilizarea substanțelor de contrast triiodate - Walingford - 1953.

* *Instrumentar*

Aparatura poate să difere, pricipiul rămânând același. Pot fi utilizate aparate ca Schuitze, Mathieu, Cotte, Gregoire, Beclere.

în general la noi în țară se folosește aparatul Schuitze, al cărui descriere nu o considerăm necesară. în plus mai este nevoie de o pensă de col cu doi dinți, o pensă port tampon, un specol vaginal, hegare de dimensiuni mici.

Substanțele de contrast folosite se împart în două grupe mari, fiecare cu avantajele și dezavantaje:

a. Substanțe liposolubile (lipiodolul, lapamirao, Ultravist, Omnipaque) - dau un contrast foarte bun, se mulează perfect pe pereți, furnizând imagini radiologice de calitate.

Ca dezavantaje - se resorb foarte lent și nu evidențiază detalii de finețe al pliurilor tubare sau traiecte de fistulă foarte subțiri.

b. Substanțe hidrosolubile (Odistonul) - au opacitate bună, au o pătrundere și o absorție rapidă, evidențiază detalii de finețe, toxicitatea redusă, eliminare rapidă.

Dezavantajele sunt reprezentate de o progresiune rapidă, de aici necesitatea urmăririi scopice înaintea radiografiei.

Actualmente cea mai folosită substanță de contrast cu imaginile cele mai bune este Ultravist-ul.

* *Tehnica examenului*

înaintea începerii examinării este necesară o anamneză riguroasă, depistând eventualele antecedente alergologice. De asemenea se vor depista afecțiuni ale diferitelor organe care ar contraindica H.S.G. Sarcina intrauterină constituie o contraidicație majoră a H.S.G.

înainte de investigație se va administra o medicație antispastică de tip papaverină, atropină, scobutil. Se testează subiectul din punct de vedere alergic față de substanța de contrast.

Investigația radiologică se practică la trei zile de la terminarea menstruației.

Prima manevră este evidențierea colului și se aplică pensa de col. Se alege vârful tijei, care indiferent de aparatul întrebuințat, este bine să fie cât mai scurt, spre a evita lezarea pereților și a ușura instilarea substanței de contrast. Calibrul olivei va fi în raport cu orificiul extern al colului, astfel că substanța de contrast să nu refuleze în vagin.

Instilarea substanței de contrast se face lent și progresiv (aproximativ 10 - 20 ml).

Ea comportă mai multe etape:

- umplerea uterină;
- pasajul uterotubar și umplerea tubară;
- evacuarea și dispersarea.

Subiectul este așezat în decubit dorsal pe masa radiologică, ceea ce permite examinarea scopică și radiologică. Se practică 3 - 5 radiografii în diferite incidențe.

* Interpretarea imaginilor H.S.G. normale

în interpretarea imaginilor histerosalpingografice este necesar să se țină seama de o serie de factori:

a. Pensa de col și canula au tendința să redreseze și să coboare uterul;

b. Manevra constituie un factor iritant pentru musculatura utero - tubară, cu producerea eventuală de spasme;

c. Repartiția substanței de contrast în uter și trompe depinde de presiunea folosită.

Cavitatea cervicală apare sub formă de cilindru, butoiaș sau con, opacificata uniform și cu vizualizarea orificiului cervicale intern bine delimitat.

Cavitatea uterină apare de forma triunghiulară cu unghiurile ușor rotunjite și marginile laterale concave, dimensiuni aproximative: transversal 4.5 mm, longitudinal 6 mm. Contururile sunt regulate și opacifierea uniformă. (Fig. 8).

Uneori la coarne apare un mic bulb triunghiular, cu vârful spre trompă și baza separată de cavitatea uterină printr-o zonă îngustă. Aceasta ar corespunde fie sfincterului ostiumului tubar, fie unei contracții locale, fie unui repliu mucos.

Fig. 8

Trompele se evidențiază ca traiecte ușor sinuoase cu pliuri longitudinale, lumenul tubar fiind uniform ca dimensiuni și opacifiere, cu o ușoară dilatare în regiunea ampulară.

Porțiunea istmică are un diametru de 0.2 - 0.3 mm și o lungime de 4 - 6 cm. Ampula tubară are dimensiuni de 5 - 8 mm. Uneori se pot vizualiza franjurii pavilionului. în mod normal, substanța difuzează în peritoneu.

Organele genitale interne le găsim în centrul escavației pelviene, iar în clișeul lateral se pune în evidență poziția uterului în raport cu colul și vaginul, în această incidență cavitatea uterină având imaginea clasică piriformă.

Există o serie de variații anatomice (mărime și poziție) și funcționale (hipotonie sau hipertonie) legate în special de ziua de efectuare a H.S.G.

Pornind de la aceste imagini în diferite afecțiuni vom întâlni modificări de volum, contur și opacifiere a diferitelor segmente studiate:

- malformațiile aparatului genital;
- insuficiența cervico - istmică;
- tumorile benigne ale organelor genitale - fibromul uterin, fibromatoza;
- tumori maligne;
- T.B.C. organelor genitale;
- sinechia traumatică;
- aprecierea cicatricilor post chirurgicale;
- deviațiile uterine;
- endometrioza;
- resturile placentare;
- modificări ale lumenului tubar ca și cauze ale sterilității;
- sechele ale proceselor inflamatorii tubare (Hidrosalpinxul);
- sarcină ectopică;
- tumorile ovariene;
- corpi străini pelvieni.

Au fost descrise imagini caracteristice în aproape toate afecțiunile aparatului genital, aceste aspecte suprapunându-se cu indicațiile H.S.G.

* *Contraidicațiile H.S.G.*

- reacțiile alegice la substanțele iodate;
- prezența focarelor inflamatorii utero - anexiale;
- unele afecțiuni sistemice (insuficiența cardio - respiratorie gravă, diabetul grav, T.B.C. evolutiv, hipertiroidismul etc);
- sarcină intrauterină în evoluție.

* *Accidente*

a. Mecanice, perforarea istmului cu amboul metalic; ruptura uterină (la presiuni de 300 mm Hg), ruptura trompei în special în hidrosalpinx; pasajul vascular, cu realizarea unei flebografii, datorat unui endometru friabil și a unei presiuni de injectare crescute; durere intensă, metroragie, pierderea cunoștinței, stare de șoc, fenomene datorate unui reflex vaso - vagal.

b. *Infeoțioase:* apariția unor pusee de salpingită acută, uneori chiar cu reacție pelviperitoneală datorate fie introducerii germenilor din exterior prin intermediul instrumentului, fie reactivării focarelor de infecție cronică.

c. *Chimice:* (fenomene de iodism): rare, când se folosește lipiodul, datorită resorției lente a acestuia.

d. *Fizice:* iradierea ovarului, când se practică o scopie prelungită sau un număr mare de clișee.

f. *Endometrioză* (posibilă teoretic).

g. *Risc de deces:* 1.8/10 000 de cazuri.

4. ROLUL ECOGRAFIEI IN GINECOLOGIE

Donald în 1963 a semnalat deja importanța deosebită a ecografiei în explorarea tumorilor abdominale.

Dacă astăzi nu se poate concepe obstetrica modernă fără aportul investigației ecografice și în ginecologie această metodă câștigă din ce în ce mai mult teren, ea permițând adesea găsirea unei soluții certe în diferite situații dificile pentru diagnosticul clinic.

Examenul ginecologic este suficient, cel mai adesea pentru descoperirea în micul bazin a unei mase tumorale anormale, dar uneori datorită unei musculaturi abdominale cu tonus crescut, sau a unui exces al parniculului adipos, aceste formațiuni scapă investigației.

De asemenea nu rareori este dificilă aprecierea originii tumorii (uterine sau ovariene), precum și a naturii ei (solidă, lichidă). în toate aceste situații ecografia nu numai că stabilește diagnosticul, dar și elimină investigațiile agresive (explorarea 'adiologică, celioscopia, etc.) mai costisitoare și mai greu acceptate de către bolnavă.

Din aceste raționamente ea trebuie utilizată ca prim pas după examinarea : --ică.

1. Examenul clinic

2. Ecografia

3. Ex. radiologice

- *radiografia simplă - calci fieri;*
- *urografia, cistografia - compresiuni;*
- *histerosalpingografia;*
- *pelvigrafia gazoasă;*
- *flebografia, arteriografia.*

4. Laparoscopia

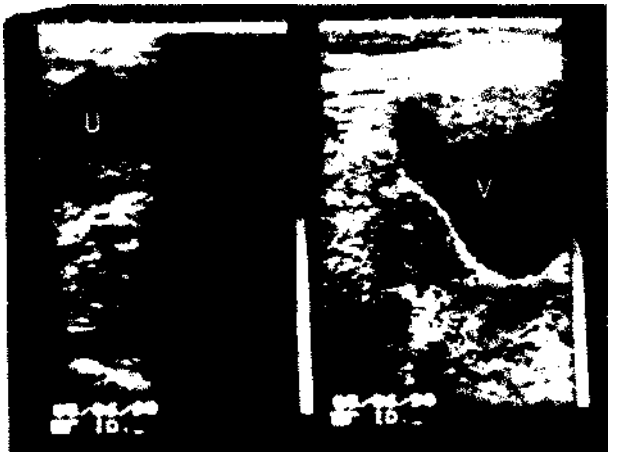
Flg. 9 Locul ecografiei în diagnosticul ginecologic (BOOG)

Cele mai bune rezultate sunt obţinute dacă examenul clinic şi ecografic sunt efectuate de acelaşi medic.

Depistarea ecografică a unei tumori este posibilă ţinând cont de următoarele caracteristici tehnice:

1. Caracteristicile acustice ale organelor situate în micul bazin (vezica, uter, ovare) sunt foarte asemănătoare, în consecinţă ecourile transmise de interfeţele acestor structuri nu permit o diferenţiere suficientă. Pentru a putea diferenţia aceste organe unul de altul sunt necesare fie circumstanţe favorizante, fie artificii tehnice.

a. în cazul vezicii urinare, când este goală, ecourile recepţionate se confundă cu cele ale ţesuturilor înconjurătoare, dar dacă este plină, urina destinde pereţii ce pot fi astfel identificaţi. (Fig. 10 a, b).



a b

Fig. 10 a, b Uter în hiper AVF, vezica urinară goală (a), vezica urinară plină, cu o bună identificare a pereţilor vezicali şi a corpului uterin (b)

b. Pentru uter. miometrul normal are o omogenitate acustică caracteristică organelor parenchimatoase, ecouri de intensitate mare, neapărând decât la nivelul cavităţii uterine. Dacă vezica urinară este plină, suprafaţa vezicii urinare devine vizibilă şi permite o bună analiză a peretelui uterin anterior (Fig. 11 a, b); absorbţia masivă a

undelor sonore de către gazele intestinale maschează peretele uterin superior; o vezică urinară bine destinsă şi eventual poziţia Trendebenburg elimină acest inconvenient.

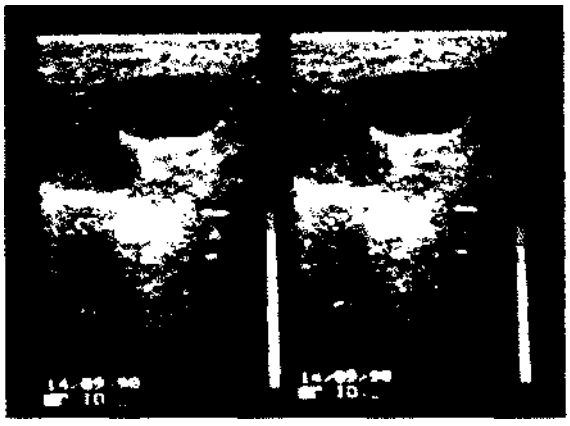


Fig. 11 a, b

*c. O*varele - datorită micilor dimensiuni sunt rar vizualizabile ecografic, în condiţii normale.

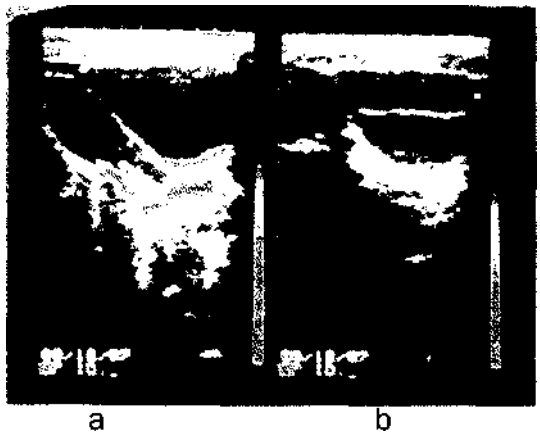
2. Cele mai multe din afecţiunile organelor genitale interne sunt acompaniate de modificări suficiente pentru ca ecografia să devină caracteristică.

Vom analiza aceste modificări la fiecare patologie în parte.

Ecografia pelviană normală

Reperul cel mai important este vezica urinară, ea apărând deasupra simfizei pubiene, sub forma unei mase rotunjite net delimitate şi fără ecouri interne.

Uterul în secţiune longitudinală (Fig. 12 a), atunci când este în antepoziţie apare sub forma unei mase ovale intim aderente de vezică, având polul mai voluminos în partea superioară. Conturul uterin este net delimitat, iar cavitatea uterină virtuală apare sub forma unei linii mai subţiri sau groase în funcţie de perioada ciclului menstrual.



a b

Fig. 12 a - uterul în secţiune longitudinală
b - uterul în secţiune transversală

Urmărind conturul uterin, se pot identifica mai jos și în spatele vezicii, zona istmică și colul uterin (Fig. 13 b).

în prelungirea colului uterin apar așa numitele ecouri vaginale reprezentate de două linii paralele, fără ecouri mediane.

Ovarul normal, este mai dificil de reperat ecografic datorită dimensiunilor mici și poziției sale variabile.

Examinarea atentă a unor secțiuni transversale sau mai bine a unor secțiuni executate paralel cu plică inghinală la aproximativ 2 cm deasupra ei, permite evidențierea zonelor situate de o parte și de alta a uterului. (Fig. 13 a).

a b

Fig. 13 a - zona anexială vizualizată ecografic;
b-secțiune transversală a uterului cu vizualizarea corpului, istnnului șl colului în centrul Imaginii, zonă cu hiperecogenitate - cavitatea uterină.

Trompele normale nu pot fi evidențiate ecografic.

Variații fiziologice

Volumul corpului uterin variază în timpul ciclului menstrual, astfel că el are valori minime în ziua 12-a și maxime în ziua 28-a. (Fig. 14).

în ceea ce privește ovarul, în funcție de sensibilitatea aparaturii utilizate, pe suprafața lui se pot pune în evidență structuri rotunjite, cu ecogenitate scăzută, cu un diametru de până la 1 - 2 cm, corespunzând foliculului cavitar.

Fig. 14 a - uter în ziua 28-a a ciclului menstrual, secțiune longitudinală
b - secțiune transversală

în faza lutеală, pe suprafața ovarului, ca o expresie a formării corpului galben, apar ecouri neregulate "fagure de miere" (Fig. 14 a)

Diagnosticul tumorilor pelviene

Principalele obiective ale ecografiei în diagnosticul tumorilor pelviene sunt:

1. Confirmarea tumorii.
2. Localizarea tumorii: vaginală, uterină, tubară, ovariană, extragenitală.
3. Mărimea tumorii: 3 - 4 cm.
4. Diagnosticul diferențial între tumorile solide și tumorile lichidiene.
5. Stabilirea naturii tumorii: criterii de malignitate
   - limite fiu, estompate; vegetații, neomogenitate structurală, ascita, metastaze hepatice.
6. Alegerea unei atitudini terapeutice
   - tratament medical;
   - tratament chirurgical.
7. Alegerea căii de abord chirurgical
   - mediană - sub - ombilicală;
   - Phannenstiel.
8. Supravegherea unei tumori cunoscute
   - fibrom;
   - chist ovarian funcțional;
   - tumoră inflamatorie sub antibioterapie;
   - tumoră malignă sub chimioterapie.

Stabilirea diagnosticului ecografic cuprinde trei etape esențiale:

A. Diagnosticul diferențial între o tumoră solidă și o tumoră chistică - o undă sonoră de 4 MHz traversează foarte repede structurile cu conținut lichidian, cum sunt :nistele ovariene banale, în schimb va fi foarte rapid absorbită de peretele anterior al .nai tumori solide cum este fibromul uterin. Numai un fascicol penetrant a 1 MHz rste capabil să stabilească în totalitate o tumoră solidă.

B. Diagnosticul diferențial între o tumoră omogenă și heterogenă prin studiul eflexiei ultrasunetului.

Pentru o frecvență dată este util să se studieze amplificarea sonoră necesară . zualizării în întregime a tumorii.

în explorarea unei tumori heterogene cum este fibromul uterin la o amplificare i abă se vizualizează slab conturul posterior.

Creșterea amplificării duce la apariția ecourilor :e interferență dintre țesutul muscular și țesutul fibros, :eea ce determină, apariția unei imagini ecografice cozitive (plină) în timp ce zona vezicii urinare rămâne -egativă (goală) (Fig. 15).

Fig. 15 Fibrom uterin subseros dezvoltat la nivelul peretelui posterior uterin

Dimpotrivă explorarea unui chist ovarian la amplificări crescânde a ultrasunetului nu modifică aspectul masei lichidiene care rămâne goală de ecouri, având acelaşi aspect cu vezica urinară (Fig. 16).

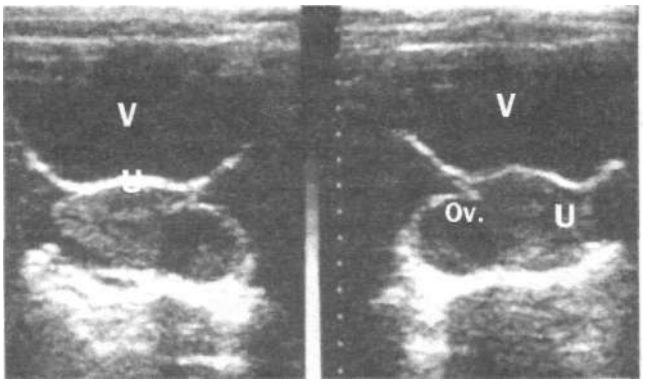


Fig. 16 Uterîn secţiune transversală de volum normal. Ovare chistice bilateral. Se remarcă conţinutul transonic al formaţiunilor tumorale.

C. Diagnosticul diferenţial între o tumoră uterină şi o tumoră anexială prin identificarea contururilor uterine.

Datorită examinării care se face cu vezica urinară plină, uterul apare cu contururi foarte nete, astfel că se poate determina limita dintre tumora pelviana şi corpul uterin (Fig. 16) putându-se afirma apartenenţa ei. Fibromul va apărea strâns legat de corpul uterin (Fig. 15) cu contururi mai şterse, neregulate, boselate. Chistul ovarian cu contururi foarte fine, net regulate se va vizualiza net, separat de uter.

Aspecte ecografice tipice

Fibromul uterin

Ecografia ne poate pune în evidenţă o simplă creştere în volum a uterului, în cazul uterului fibromatos, ecourile interne fiind identice cu cele ale corpului uterin.

Pentru fibroamele mari, diagnosticul se pune pe baza caracteristicilor specifice, respectiv peretele anterior bine delimitat şi net, cel posterior mai estompat, incomplet desent, cu prezenţa efectului de "umplere" la creşterea intensităţii ultrasunetului (Fig.I7).

Rg. 17 Imagine ecografică caracteristică a unui fibrom uterin

Fibroamele submucoase pot fi diagnosticate prin simpla examinare ecografică atunci când mărimea lor este în jur de 2 cm, adesea vizualizându-se şi hiperplazia de endometru (Fig. 18).

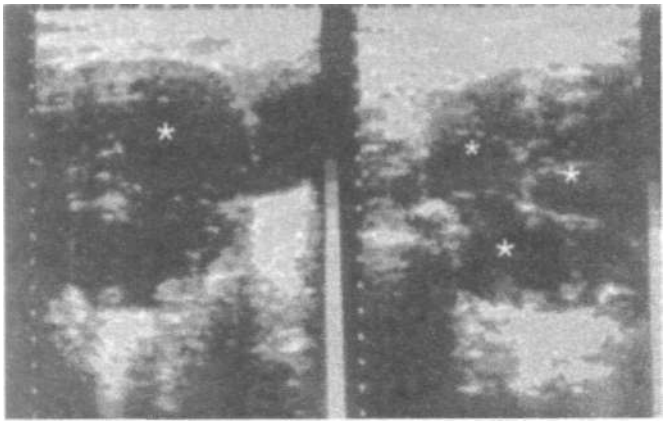


FIg. 18 Nodul submucos, hiperplazie de mucoasă, hidrosalpinx asociat.

Caracteristicile acustice fundamentale ale fibromului uterin pot fi modificate de complicaţiile fibromului cum sunt: necrobioza (Fig. 19), degenerescenta hialină chistic (Fig. 21), calcifieri (Fig. 20), fiecare având o imagine caracteristică.

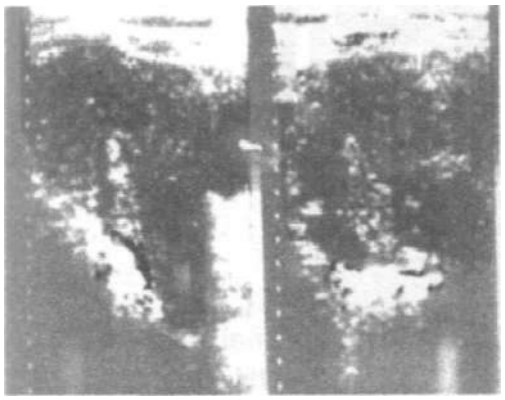


Fig. 19 Fibrom cu negrobioză şi degenerescentă chistică

Fig. 20 Fibrom uterin mărit global cu calcifieri, nodul fibromatos dezvoltat intramural cu inhibiţie hidrică.

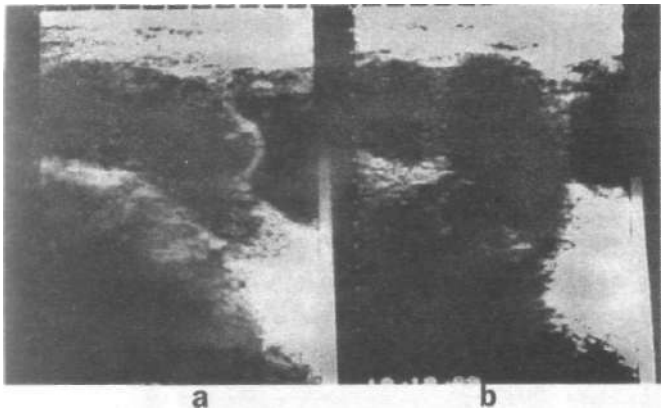


Fig. 21 a - Fibrom uterin cu nodul dezvoltat subseros, istmic.
^- b - Fibrom uterin dezvoltat subseros la nivelul peretelui subseros cu degenerescentă hialină.

Fig. 22
Piesă operatorie a cazului de la Fig. 21 b.

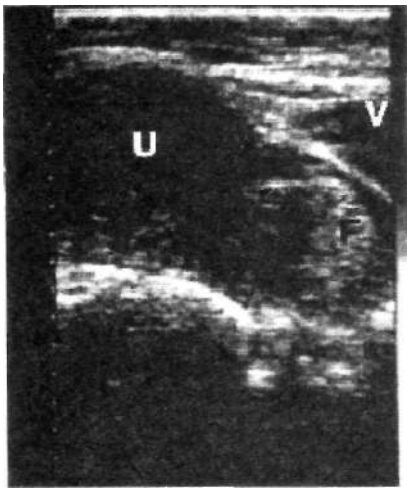


Fig. 23 Fibrom uterin pe cale de acușare.

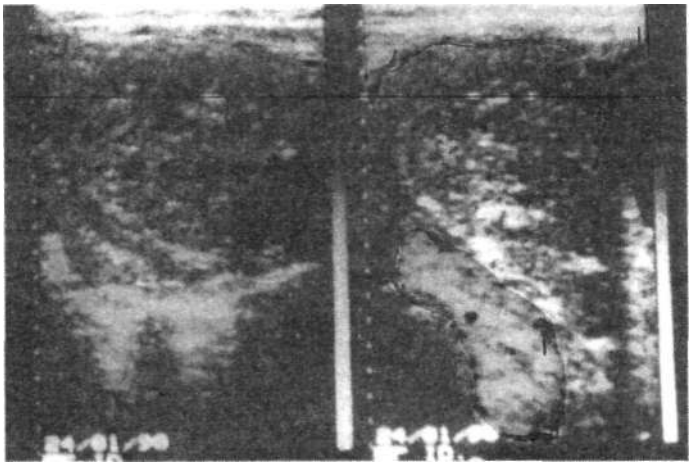


Fig. 24 Fibrom uterin cu degenerescentă liialină și multiple calcifieri.

în cazul nodulilor fibromatosi submucosi cu diamensiuni mai mici de 2 cm, ecografia ne permite efectuarea unei examinări de finețe, respectiv efectuarea unei histerosalpingografii sub control ecografic, înlocuind examenul radiologie (Fig. 25); (Fig. 26).

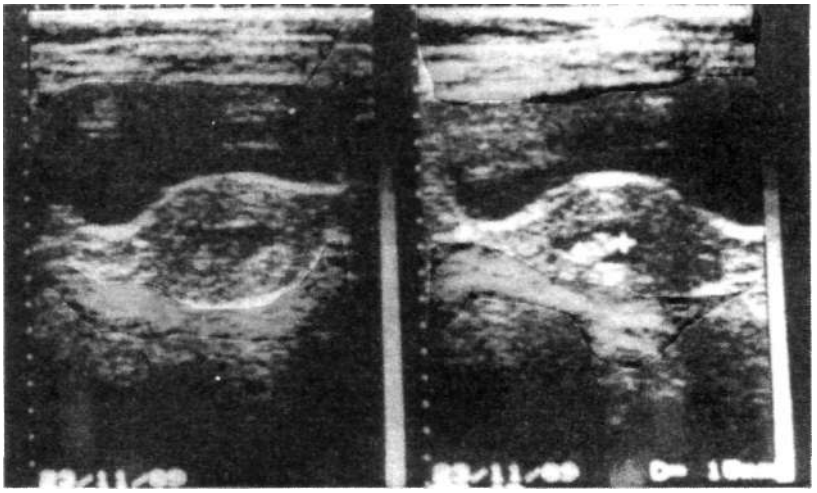


Fig. 25 Histerosalpingografie ecografică cu evidențierea unui nodul cavitar.

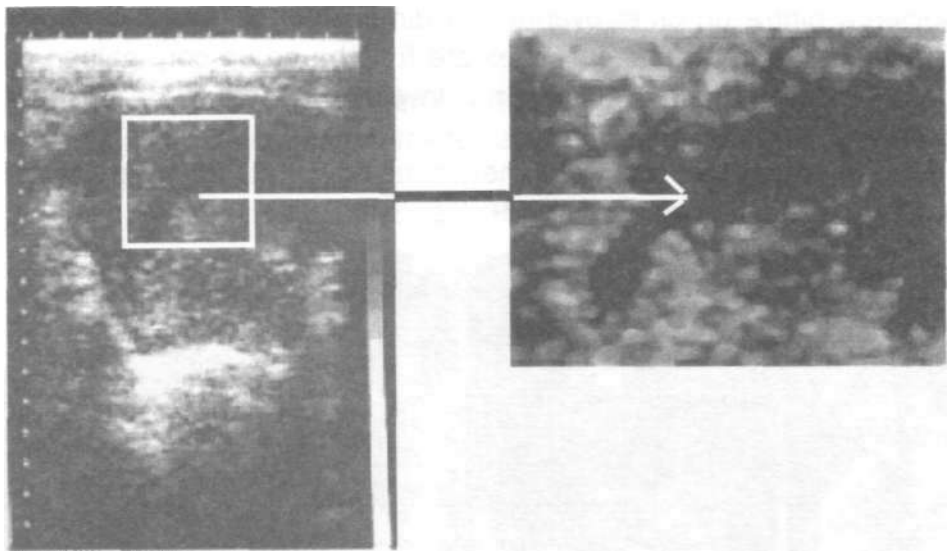


FIg. 26 Histerosalpingografia ecografică. Se evidenţiază o cavitate uterină mărită de volum şi neregulată.

Tumorile ovariene chistice

Sunt uşor de diagnosticat ecografic datorită lichidului care le destinde, ele apărând pe diferitele secţiuni asemănătoare cu vezica urinară, sub forma unor cercuri net delimitate de ţesuturile din jur (Fig. 27).

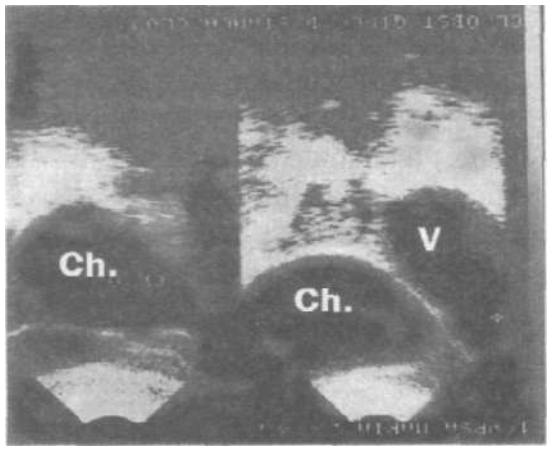


Fig. 27 - Chist ovarian stâng - dimensiuni 70/80 mm.

Chistele funcţionale sunt de dimensiuni mici, volumul lor variând în funcţie de data ciclului menstrual, sunt monoloculare, conţinutul lor fiind omogen (Fig. 28).

Fig. 28 Chist folicular.

Asocierea dintre un chist ovarian, cu dimensiuni de sub 6 cm, cu o sarcină, necesită ecografieri repetate, deoarece poate fi vorba de un corp galben chistinizat a cărui extirpare poate compromite sarcina. Involuția tumorii după 12 săptămâni de sarcină confirmă diagnosticul.

Chistele seroase au un contur net, bine delimitat, în general fără ecouri interne, dar pot fi și multiloculare. (Fig. 29; Fig. 30).

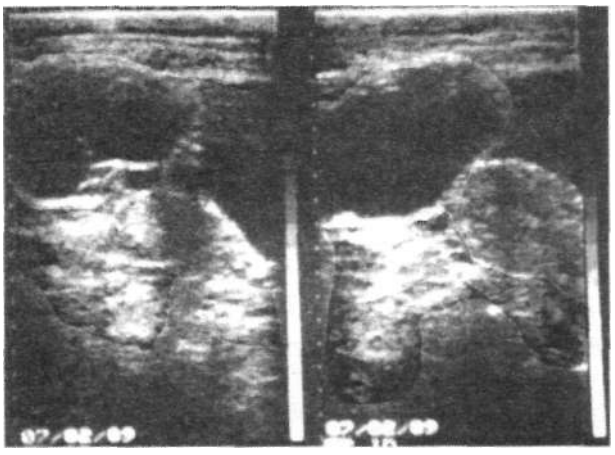


Fig. 29 Chist ovarian seros.

Fig. 30 Piesa operatorie a cazului din Fig. 29

Chistele mucoide apar ca formațiuni mai puțin tonice, având tendințe de a se mula pe elementele atomice din jur, conținutul lor ducând la apariția unor ecouri interne fiu și omogen diseminate.

Chistele dermoide sunt formațiuni tumorale mixte, heterogene, prezentând atât zone solide cât și zone cu conținut lichid. Ele au o imagine ecografică caracteristică cu unele zone intens ecogene, ce corespund fragmentelor osoase, cartilaginoase din structura chistului.

întâlnim și aspecte liniare, aglutinate date de diferite țesuturi ca: păr, glande sebacee, țesut tiroidian (Fig. 31).

Fig. 31 Chist dermoid, se remarcă structura nnixtă.

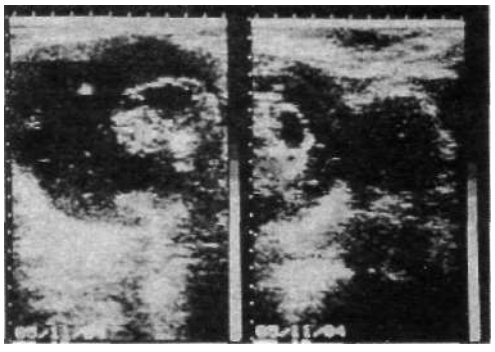


Fig. 32 Chist dermoid, se remarcă prezența a trei nivele de ecogenitate datorate diferitelor tipuri de țesut conținut.

Tumorile ovariene solide au aceleași proprietăți ca și fibromul uterin.

Cancerul de ovar

Ecografia nu poate diagnostica cu certitudine o tumoră benignă de una malignă. Există însă semne indirecte ce pot fi folosite ca argument în afirmarea degenerescentei maligne (Fig. 33, 34).

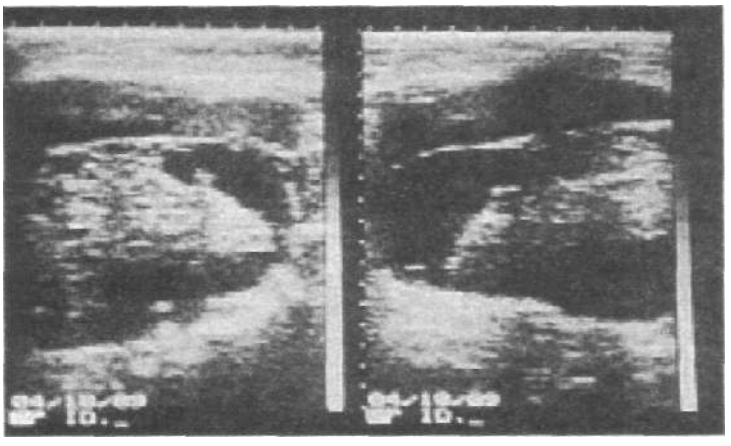


FIg. 33 Tumoră cu conținut heterogen, adesea multiloculară; septe, țesut aglutinat, un aspect polimorf, dimensiuni ce depășesc 10 cm, limitele formațiunii ciiistice mai estompate.

Fig. 34 Se remarcă prezența ascitei. Ascita apare sub forma unei lame lichidiene, mobile cu scliimbarea localizării o dată cu modificarea poziției bolnavei.

Fig. 35 Carciomatoza peritoneală -toate aceste situații descrise pledând pentru caracterul malign al tumorii.

Cancerul de corp uterin

Se poate diagnostica relativ tardiv, doar atunci când dimensiunile tumorii depășesc 2 cm, sau apar complicații ale acestora, respectiv hematopiometria.

Diagnosticul se pune practic prin coroborarea datelor anamnestice clinice.

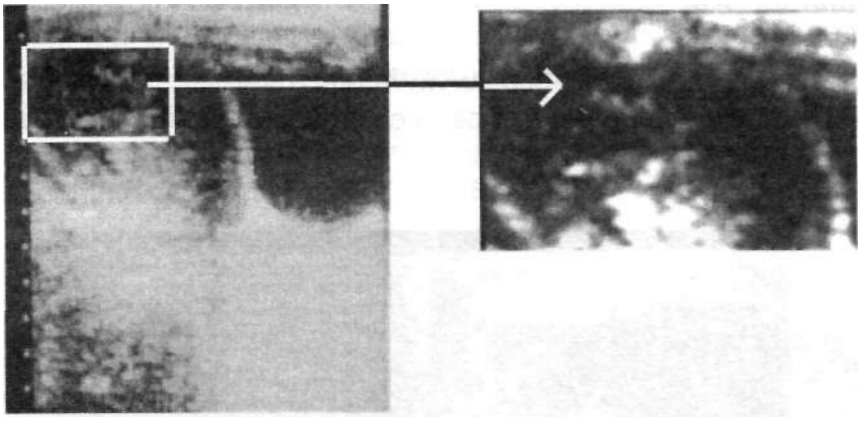
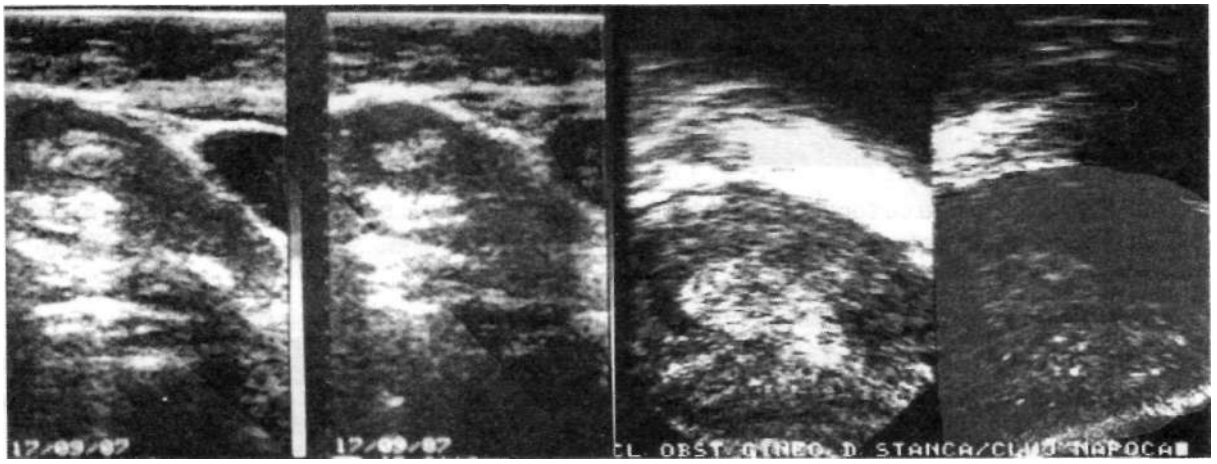


Fig. 36 Formaţiune hiperecogenă ce destinde cavitatea uterină şi a determinat şi inematrometrie.



Examinare trans - abdominală Examinare vaginală

Fig. 37 în cavitatea uterină apare o zonă cu ecogenitate mixtă. Coroborarea dintre aspectul ecografic şi datele clinice au permis diagnosticarea unui adenocarcinom de endometru.

în ultima perioadă datorită creşterii calităţii aparatelor pentru investigaţii ecografice, în literatura de specialitate au apărut mai multe articole prin care încearcă să se pună la punct o metodologie pentru diagnosticarea factorilor de risc în cancerul de endometru; respectiv la femeile cu menopauză tardivă se urmăresc hiperplaziile iatrogene, hiperplaziile asociate unei patologii ovariene, polipii endocavitari, patologia accesibilă la ecografie şi care ar permite diagnosticul precoce al cancerului de endometru.

Patologia tubară

Hidrosalpinxul aproape întotdeauna este confundat cu chistele ovariene funcţionale.

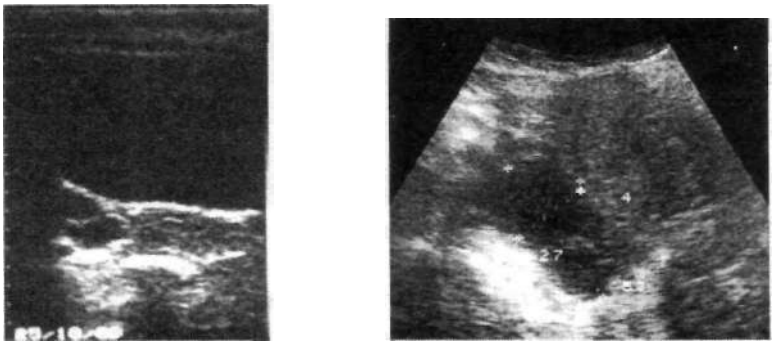


Fig. 38 Hidrosalpinx stâng se vizualizează cu claritate colecţia tubară care este transonică.

Piosalpinxul apare ca o formațiune laterouterină, fără limite precise, cu zone reflectogene, un rol imortant în diagnostic îl are coroborarea cu diagnosticul clinic și efectuarea de ecografii seriate ce apreciază regresia infiltratului inflamator și eficiența tratamentului antibiotic (Fig. 39).

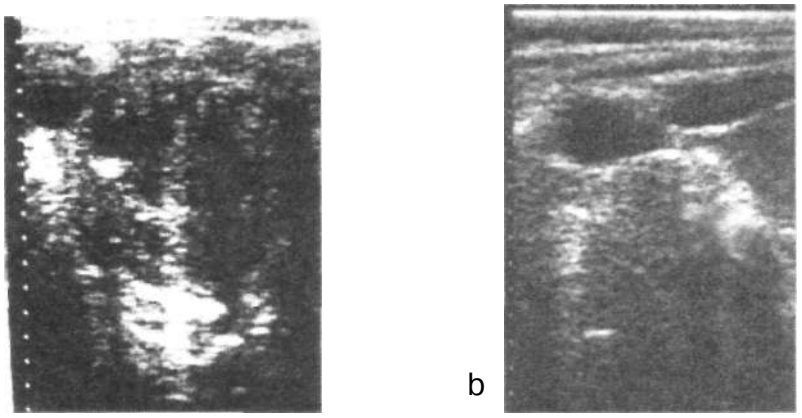


Fig. 39 Abces localizat la nivelul anexei stângi (a) la prezentare (b) la o săptămână de tratament cu antibiotic.

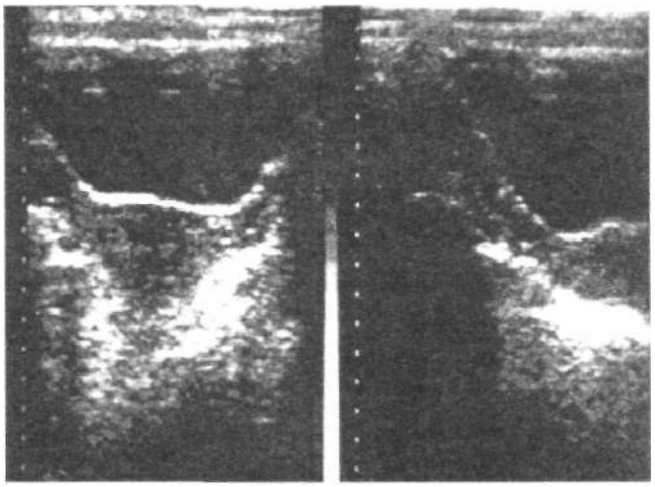


Fig. 40 a, b Proces inflamator infiltrativ (a) în momentul stabilirii diagnosticului (b) la o săptămână de tratament cu antibiotic, antiinflamator.

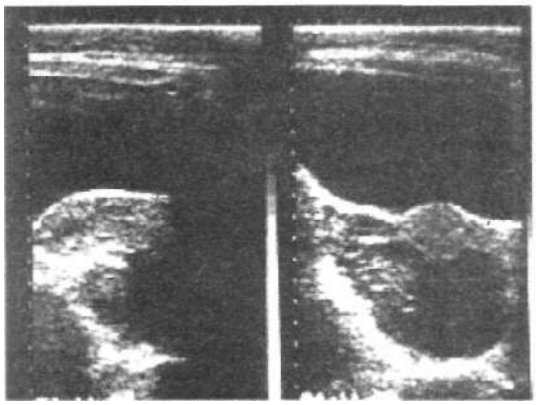


Fig. 41 Abces al Douglas-ului, cazul a beneficiat de tratament chirurgical.

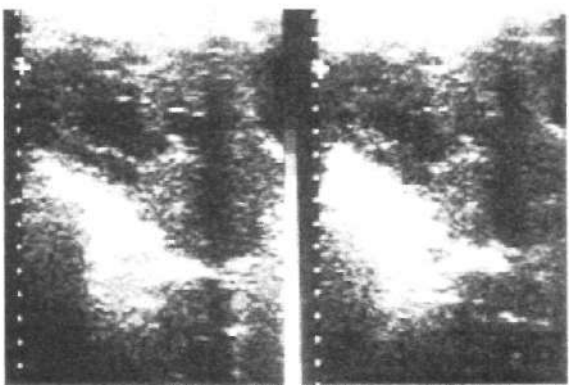


Fig. 42 Abces al Douglas-ului

Alte indicații ale examenului ecografic

Examenul ecografic efectuat cu vezica urinară plină permite evidențierea hematocolposului (Fig. 43).

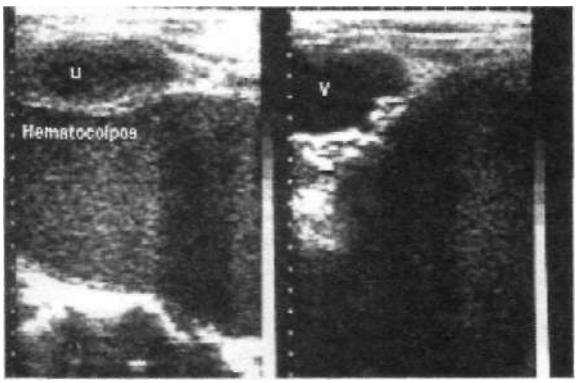


Fig. 43 Hematocolpos, se vizualizează vaginul cu conținut masiv și dens, deasupra lui uterul de dimensiuni normale.

Datele biometrice obținute pe imaginea ecografică, permit diagnosticul hipoplaziei uterine (Fig. 44).

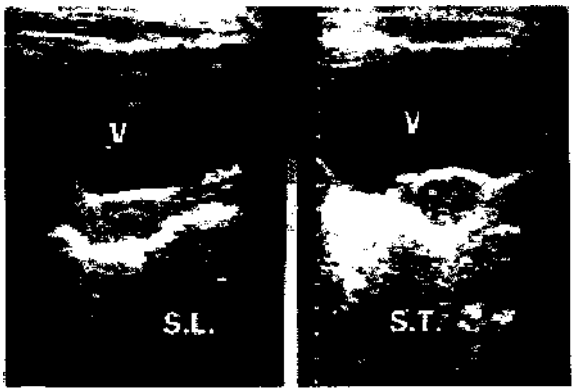


Fig. 44 uter hipoplazic dimensiune AP 30 mm, dimensiune longitudinală 50 mm.

În ceea ce privește malformațiile corpului uterin cea mai ușor diagnosticabila este uterul bicorn fiind descrisă și o imagine caracteristică în țeava de pușcă, imagine care apare datorită invaginării vezicii între cele două corpuri uterine (Fig. 45).

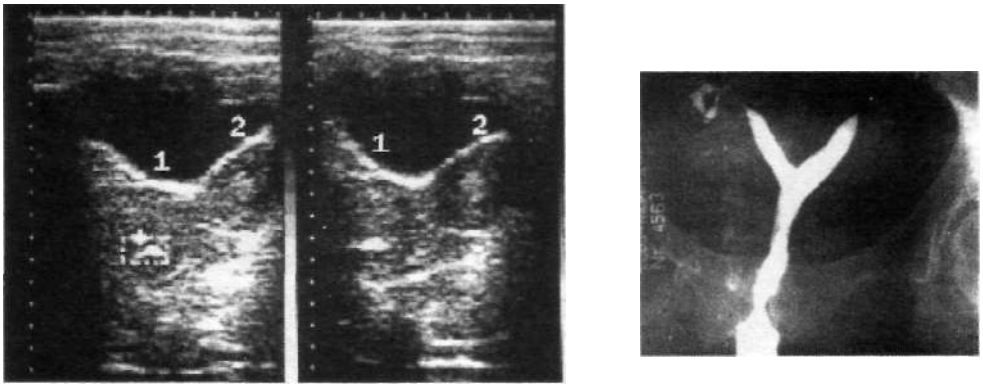
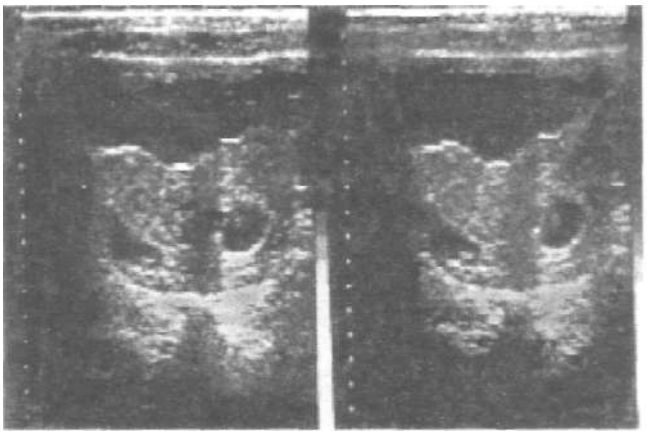


Fig. 45 uter bicorn.



Fîg. 46 Uter bicorn și sarcina. în cornul uterin drept sacul ovular și embrionul. în cornul uterin stâng pseudosacul gestațional datorat decidualizării mucoasei și la acest nivel.

Ecografia poate fi folosită și în evidențierea malformațiilor aparatului urinar (rinichi ectopic, agenezie renală) ce sunt frecvent asociate cu malformațiile uterine.

Utilizarea ecografiei pentru realizarea histerosalpingografiei a permis și diagnostice mai de finețe, cum este uterul septat (Fig. 47, 48).

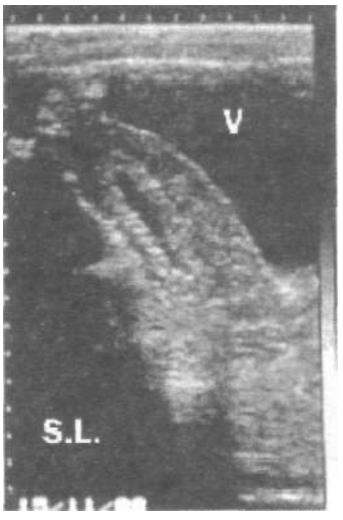
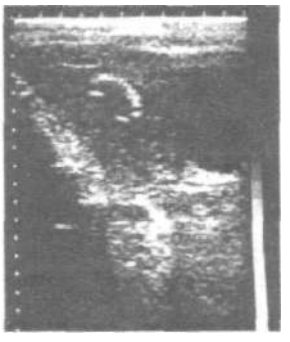


Fig. 47 Histerosalpingografie ecografică, cavitate normală.

Fig. 48 Histerosalpingografie ecografică, uter septat.

Reperarea I.U.D.

Atunci când firul I.U.D. nu poate fi vizualizat la examenul cu valve se recomandă efectuarea unei ecografii ce permite localizarea dispozitivului, precizarea raportului cu peretele uterin și chiar depistarea unor perforații (Fig. 49).



Fig, 49 Imaginea ecografică a uterului în secțiune longitudinală și transversală cu evidențierea prezenței I.U.D.

Diagnosticul complicațiior postoperatorii

Ecografia poate fi utilă în evidențierea unui hematom al peretelui sau al pelvisului, în căutarea unor abcese ale fundului de sac Douglas, mai ales atunci când suntem în fața unui caz cu stări febrile prelungite, inexplicabile (Fig. 50).

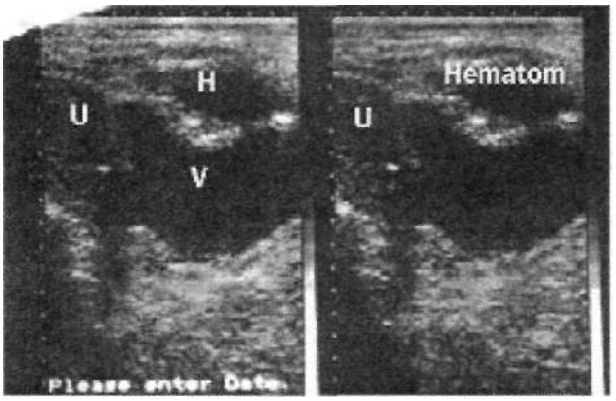


Fig. 50 Hematom al peretelui post operatorie cezariană. Deasupra plicii vezicale în perete se evidențiază hematomul.

Ecografia poate fi folosită și pentru punerea în evidență a unor corpi străini peritoneali sau vezicali (Fig. 51).

1

5. LAPAROSCOPIA

Laparoscopia este endoscopia cavității peritoneale care a fost destinsă în prealabil printr-un pneumo - peritoneu artificial. Ea poate fi realizată pe cale transparietală sau pe cale vaginală (culdoscopie).

Laparoscopia transparietală a fost descrisă pentru prima dată de Kelling în 1902, dar nu a fost utilizată la om decât în 1912 de către Jacobeus.

Utilizată prima dată în ginecologie de Ruddock și Hope, în 1939, este definitiv codificată de către Palmer în anii 40.

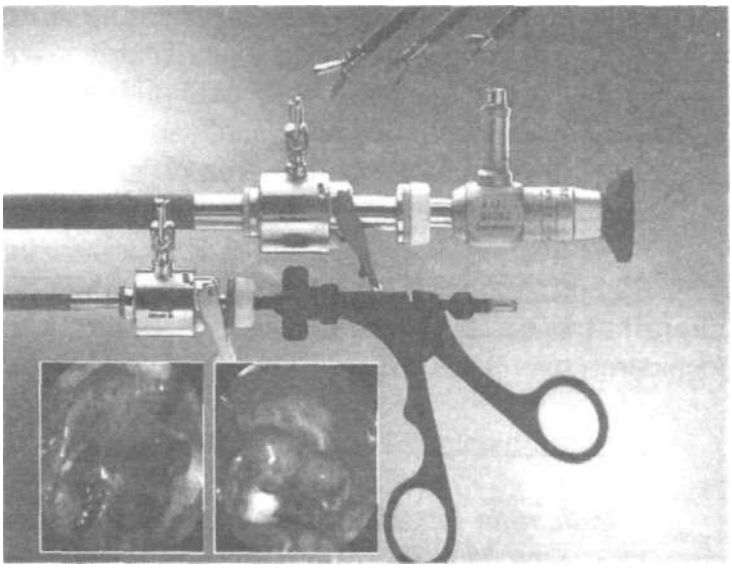
în câțiva ani, ea se dezvoltă și devine un examen de neînlocuit în ginecologie, cu toate că introducerea ecografiei a redus din rolul său diagnostic. Sub influența școlii germane și franceze de ginecologie, laparoscopia a devenit, în ultimul timp, un mijloc terapeutic de mare importanță. Indicațiile laparoscopiei sunt multiple, dar ele sunt sintetizate și interpretate diferit de către diferitele școli de chirurgie laparoscopică. Dacă în urmă cu 30 - 40 ani ele erau doar diagnostice, apoi diagnostice și operatorii, unele au devenit azi pur chirurgicale.

Kelling	1902	
Jacobeus	1912	- *prima Utilizare la om*
P.F. Bosch	1936	-*prima sterilizare prin coagulare cu curenţi de înaltă frecvenţă*
Ruddock şi Hope	1939	- *prima utilizare în ginecologie*
Palmer	1946	-*prima biopsie ovariană, prima adezioliză, prima încercare de sistematizare a indicaţiilor*
Cohen	1970	-*primulatlas de laparoscopie, culdoscopie şi ginecografie.*

Fig. 52 Scurt istoric al laparoscopiei.

**** Instrumentar***

Principalul instrument este laparoscopul. El are dimensiuni de 10 - 12 mm şi în general se folosesc laparoscoape cu optică directă ceea ce permite găsirea organelor "la locul lor", respectiv la capătul tijei. Ceea ce este foarte important este că pentru a vedea organele la dimensiunea lor reală distanţa dintre ele şi lentilă trebuie să fie de 6 mm. Pe lângă laparoscop trusa de laparoscopie este alcătuită dintr-un "arsenal" de pense (traumatice şi atraumatice), foarfeci, baghete, trocare de diferite dimensiuni care sunt folosite în funcţie de tipul ntervenţiei şi complexitatea ei.



Rg. 53 Instrumentar iaparoscopie

Nu se poate efectua însă aparoscopia fără o mulţime de alte aparate ce se găsesc aşezate ca un "turn" alături de Tiasa de operaţie. Acesta '.rebuie să cuprindă minimum: nsuflatorul CO2, sursa de umină, iar pentru a depăşi nivelul de laparoscopie diagnostică şi a trece la terapie este necesar a avea un sistem video (monitor şi cameră), aparat :le electrochirurgie, aspirator, morcelator; cu cât acestea sunt mai performante ;u atât siguranţa şi confortul sunt mai mari.

Insuflatorul CO^- este un dispozitiv de realizare a pneumo - peritoneului utilizând COj. El dispune de un microprocesor ce analizează în permanenţă condiţiile de lucru şi menţine valoarea pneumo - peritoneului în limitele impuse de operator indiferent de manoperele efectuate. Presiunea recomandată intraabdominal este de 12 mmHg.

Insuflarea se începe cu acul "Veres" care prin contrucţia sa, ca şi metodă de protecţie nu poate realiza o presiune de insuflare mai mare de 2 l/min.

Sursa de lumină - iluminarea se realizează cu o sursă de lumină rece (halogen sau xenon), lumina fiind condusă apoi prin fibră optică și un sistem de prisme. Se recomandă ca sursă de lumină cea cu xenon, lumina fiind mai puternică, asemănătoare cu lumina naturală iar gradul de strălucire putând fi controlat de un microprocesor.

Irigatorul - aspirator- indispensabil pentru a asigura condiții optime de lucru el permite spălarea organelor interne și aspirarea sângelui și a micilor detritusuri tisulare. Performanțele aparatului oferă confort și siguranță. El trebuie să dezvolte o putere de aspirație de 0.7 bar și o putere de irigare de 400 mmHg. Volumul irigat /aspirat trebuie să fie de minimum 3.5 l/min., iar soluțiile utilizate pentru spălare vor fi obligatoriu încălzite la 38 - 40° C evitându-se astfel efectul de refrigerare.

IVlorcelatorul- este un aparat utilizat pentru morcelarea și extragerea țesuturilor parenchimatoase (fibrom uterin, ovar), în acest scop el dispune de un cuțit circular care are un canal central de lucru prin care se pot extrage piesele operatorii.

Sistemul video-esle format din două părți componente: camera video și aparatul propriu - zis. Dacă bugetul permite, se recomandă a se achiziționa dispozitivul "DIGIVIDEO" accesoriu ce permite o procesare digitală a imaginii ceea ce crește performanța oferind imagini de detaliu de foarte mare calitate.

Aparatul de electrochirurgie - bisturiul electric este un aparat ce utilizează radio frecvența (RF) pentru tăiere monopolară și coagulare mono și bipolară.

Principiile chirurgiei cu radio frecvență:

- țesuturile conțin concentrații diferite de electroliți, fiind astfel conducătoare de electricitate;
- efectul termic al RF este utilizat pentru tăierea și coagularea țesuturilor;
- tăierea - celulele sunt vaporizate, efectul termic determinând separarea țesuturilor și formarea pe suprafață a unei cruste;
- coagularea - se realizează prin efect termic, încălzirea țesuturilor la 70° C.

Curentul monopolar - se scurge de la suprafața mică a electrodului activ către suprafața mare a electrodului pasiv (neutral), corpul uman participând astfel la închiderea circuitului. Tăierea sau coagularea are loc la electrodul activ.

Curentul bipolar se scurge între cei doi electrozi ai pensei.

* ***Indicațiile laparoscopiei***- distingem două clase mari de indicații:

A. Diagnostice

* Diagnostic diferențial (aspect normal sau patologic al organelor genitale interne);
* Sterilitatea primară;
* Sterilitate secundară sau infertilitate;
* Confirmarea unui diagnostic obținut anterior (histerosalpingografie, insuflație utero - tubară, etc);
* Evaluarea rezultatelor după o intervenție ce a avut ca scop tratarea unei sterilități;

* Dureri acute în abdomenul inferior în sarcina de prim trimestru;
* Suspiciunea de endometrioza;
* Second look după tratamentul hormonal al endometriozei;
* Second look după tratamentul chirurgical și/sau citostatic al carcinomului ovarian;
* Lipsă de rezultate în tratamentul medical al vezicii iritabile (endometrioza a domului vezical);
* Dureri abdominale cronice (endometrioza, apendicită);
* Suspiciune de varice pelviene;
* Suspiciune boală inflamatorie pelvină;
* Dureri abdominale acute sau subacute: diagnostic diferențial, B.I.P., apendicită;
* Diagnostic diferențial sarcină extrauterină sau intrauterină;
* Corp luteum hemoragie;
* Diagnostic diferențial între tumori anexiale, ovariene, nodul miomatos;
* Diagnostic diferențial malformație uterină - tumori ovariene;
* Hemoragie în postmenopauză (ex. tumoră cu celule de granuloasă);
* Amenoree patologică;
* Suspiciune de anomalii malformative genitale;
* Aplazie vaginală cu sau fără anomalii interne;
* Hipoplazia uterină;
* Căutarea unui D.I.U. pierdut;
* Suspiciune de perforație uterină;
* Supravegherea laparoscopică a unor manevre histeroscopice;
* Chiuretaj convențional sau prin aspirație sub control endoscopic după o perforație uterină;
* Hemoragie intraabdominală după un traumatism;
* Aprecierea funcției ovariene pentru fertilizarea in vitro.

B. Terapeutice

1. Corpul uterin

- excizia unui miom subseros pediculat;
- enucleerea unui miom intramural subseros;
- extragerea unui D.I.U. ce a perforat parțial peretele;
- sutura unei perforații survenite în cursul chiuretajului uterin;
- adezioliza.

2. Intervenții laparoscopice pe anexe

a. Intervenții pe trompă

- controlul permeabilității tubare;
- fimbrioplastie și/sau salpingostomie pentru ocluzie tubară periferică;
- salpingoliză;
- coagularea implantelor de endometrioza;
- rezecția hidatidelor chistice Morgani;
- instilarea unor substanțe intratubar (ex. în piosalpinx);
- biopsii tubare;
- intervenție pentru sarcina tubară;
- salpingectomie (hidrosalpinx);
- sterilizare tubară prin coagulare;
- sterilizare tubară prin ligaturare sau plasarea de clipuri;
- plastii tubare (reanastomoză).

Intervenţii pe ovar

- puncţionarea foliculului pentru recoltare de ovule (fertilizare in vitro);
- biopsie de la nivelul gonadelor; în aplazia uterină pentru determinarea sexului; biopsie pentru aprecierea funcţiei ovariene;
- chistectomii;
- puncţionarea şi enucleerea chistelor endonnetriozice;
- ovarioliză;
- ovarectomie;
- ovarectonnie parţială în sindromul Stein - Leventhal.

;. Intervenţii pe mezoovar şi mezosalpinx

- rezecţia hidatidelor Morgagni;
- enucleerea chistelor paraovariene;
- coagularea implantelor endometriozice;
- închiderea prin sutură a mezosalpinx-ului după adeziolize extinse.

i. Intervenţii endoscopice pe alte structuri pelviene

- recoltare biopsie şi coagularea implantelor endometriozice din fundul de sac şi de pe domul vezical;
- adezioliză cu rezecţie parţială a marelui epiploon;
- enucleerea de mioame subperitoneale;
- rezecţia ligamentelor utero - sacrate;
- biopsie peritoneală în suspiciunea de metastaze la acest nivel.

* *Contraindicaţiile laparoscopiei.*

Contraindicaţii absoiute:

- în toate situaţiile când pacientul nu tolerează anestezia;
- orice afecţiune acompaniată de tulburări de coagulare;
- peritonitele acute;
- hemoperitoneele masive.

Contraindicaţii reiative:

- insuflaţia preperitoneală;
- lezarea vaselor parietale la introducerea trocarului;
- lezarea unor organe intraabdominale în timpul manevrelor chirurgicale.

* *Pregătirea pacientei*

Laparoscopia începe întotdeauna ca manoperă diagnostică, ea devine operatorie în funcţie de situaţie, gradul de pregătire a operatorului şi dotare tehnică. Toate aceste aspecte trebuie precizate pacientei, atât aceasta cât şi echipa operatorie trebuind să fie pregătită astfel încât oricând intervenţia să poată fi convertită la chirurgia clasică.

Este de dorit ca medicul să prezinte pacientei trei momente principale ale intervenţiei:

1. Faza diagnostică care este esenţială ea permiţând alegerea procedurii terapeutice.

2. Faptul că se tentează rezolvarea cazului pe cale laparoscopică dar:

3. Orice complicaţie poate să apară în timpul laparoscopiei (leziune de anse intestinale, leziune de vezică urinară, lezare ureter sau vase), accidente ce pot apărea şi în chirurgia clasică (cu aceeaşi frecvenţă).

în această situaţie se va obţine preoperator consimţământul bolnavei pentru:

- dacă necesităţile medicale impun, sub aceiaşi anestezie, operaţia să fie continuată pe calea chirurgiei clasice, sau
- laparoscopia să se oprească la faza diagnostică, partea operatorie, dacă situaţia o permite, să fie efectuată la o altă dată.

Pacienta trebuie să fie informată asupra locurilor de puncţie şi numărul acestora, asupra mărimii lor şi de necesitatea fortuită câteodată de a lărgi locul de abord oentru a extrage din abdomen părţile rezecate (noduli, chiste). în ceea ce priveşte durata de spitalizare nu poate fi precizată în avans, în principiu ea este de 2 - 3 zile.

Pregătirea fizică este aceiaşi ca pentru o intervenţie clasică. în caz de sindrom aderenţial, regim alimentar 2 - 3 zile, altfel doar cu 24 ore înainte. Se vor trata obligatoriu colpitele.

Sala de operaţie

Este de dorit să existe o sală destinată numai acestui scop. Este necesar un ersonal bine instruit, atât pentru pregătirea sălii cât şi pentru manipularea aparaturii instrumentarului. Mai mult ca oricând este important lucrul în echipă.

Tehnica intervenţiei

Bolnava este aşezată pe masa ginecologică în poziţie ginecologică şi în endelemburg. După pregătirea câmpului operator ca pentru o intervenţie clasică şi olarea câmpului operator, se începe insuflaţia, respectiv creerea pneumo - eritoneului. Majoritatea autorilor folosesc ca şi cale de abord marginea inferioară a matricii ombilicale.

Crearea şi menţinerea pneumo - peritoneului suficient este un element esenţial pentru o laparoscopie reuşită. Se utilizează gazul carbonic pentru că: se resoarbe foarte rapid după laparoscopie şi nu este asa de periculos ca şi aerul sau O2 dacă patrunde în vase. Pentru a evita orice fenomen reflex presiunea nu trebuie să depăşească 15 mmHg. La început debitul trebuie să fie lent, apoi îl creştem treptat, •-d necesari 2 - 3 l pentru a obţine o distensie suficientă. în timpul creării pneumo - peritoneului se instalează dispozitivul destinat mobilizării uterului. Se foloseşte o canulă clasică de insuflaţie tubară, care pentru a fi etanşă se solidarizează cu o pensă de col. Prin intermediul canulei se instilează, la nevoie, o soluţie colorată idigo - carmin sau albastru de metil). Gestul operator următor este introducerea trocarului mare şi este cel mai dificil moment al intervenţiei. Se înlocuieşte rapid mandrenul cu endoscopul care este cuplat la sursa de lumină şi camera video.

După o scurtă inspecţie a cavităţii peritoneale, se introduc trocarele mici. Pentru evita lezarea vaselor epigastrice, locul de introducere a acestora se alege prin tennica transiluminării şi sunt introduse obligatoriu sub control video. Prin trocarele -'ici se vor introduce instrumentele de lucru. Din acest moment începe examinarea :'opriu - zisă.

Interpretarea imaginilor laparoscopice normale

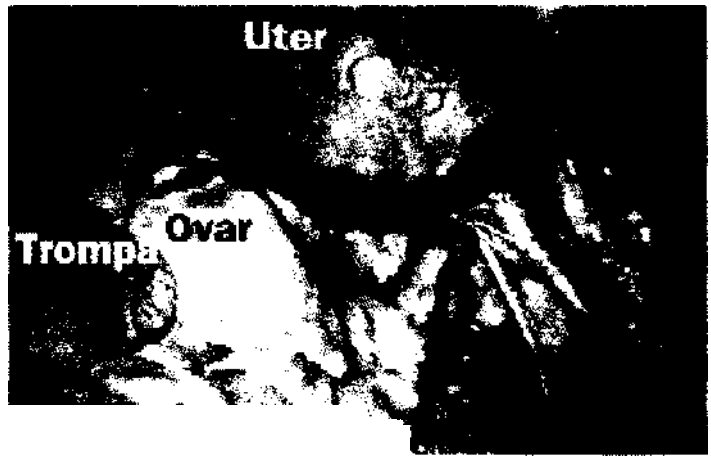
Uterul axe culoare roșie - brună, fundul fiind ovoid, iar corpul aplatizat din față spre spate. Un fund uterin globulos, rotunjit de culoare violacee, pledează pentru o sarcină, comparativ cu fibromul interstițial unde culoarea este roz.

Ovarul- cu diametre variind între 3 și 4 cm, are culoare albă și prezintă boselări și depresiuni caracteristice. în funcție de perioada în care se face examinarea, putem găsi foliculi ovarieni în diferite faze de dezvoltare.

Trompa- la uterul în anteversieflexie trompa este mai mult sau mai puțin derulată. Se poate recunoaște ușor partea istmică dreaptă și regulată, lungă de aproximativ 6 cm, apoi ampula tubară mai lungă și descriind câteva sinusoide în jurul ovarului. Porțiunea infundibulară se lărgește pentru a forma pavilionul, care prezintă un număr variabil de prelungiri digitiforme, fiecare continuându-se cu un franjure mucos care se continuă la nivelul ostiumului cu mucoasa endo-tubară. Una din prelungiri se îndreaptă spre ligamentul utero - ovarian, fimbria lui Richard.

Douglas-ul este traversat de cele două ligamente utero - sacrate, are forma unei cupole și are culoarea roz. Adesea vom găsi aici o cantitate mică de lichid sero - citrin.

Ligamentele largi - de fiecare parte a uterului se individualizează ligamentele largi ca două suprafețe albicioase, putându-se individualiza mezosalpingele.



(După K. Semm 1984)

Fig.54 Imaginea laparoscopică a organelor genitale interne.

Laparoscoplaîn patologia ginecologică

A. *Sterilitatea*

Reprezintă una dintre cele mai importante și frecvente indicații ale laparoscopiei diagnostice și operatorii, examenul fiind indispensabil în bilanțul unei sterilități. în mod normal laparoscopia se efectuează în prezența unei HSG patologice. Dacă nu s-a efectuat anterior HSG-ul atunci se va practica intralaparoscopic proba de permeabilitate tubară cu albastru de metilen. Este bine ca laparoscopia să fie efectuată

aproximativ în ziua 15 - 17 a unui ciclu normal pentru a monitoriza astfel și funcția ovariană. Metoda ne permite și identificarea unor focare de endometrioză, a unor aderențe peritubo - ovariene, elemente ce impun trecerea la actul terapeutic. Majoritatea indicațiilor pentru laparoscopie, în sen/iciul nostru au fost dictate de orezența unor sterilități secundare sau primare care la HSG a prezentat: obstrucție :ubară totală, îngustare de lumen tubar, trompă sinuoasă și unde s-a bănuit o zompresiune extrinsecă.

Laparosopia a constat prezența aderențelor peritubo - ovariene, în unele situații existând o izolare a ovarului prin îmbrăcarea lui completă într-un înveliș aderențial. Am întâlnit mai multe tipuri de aderențe de la aderențe velamentoase, avasculare, 3ână la aderențe dense, vasculare, datorate fie olocării unor procese inflamatorii de către marele epiploon, fie datorate prezenței multiplelor focare *ze* endometrioză. în cea de a doua categorie de sindroame aderențiale cu aderențe dense, cu ramuri .asculare intrinseci, dificultatea adeziolizei o :onstituie necesitatea asigurării unei hemostaze orealabile secționării care se efectuează prin electrocoagulare bipolară.

Fig.55 Aderențe ale marelui epiloon

B. *Chirurgia tubară*

începând din 1984, laparoscopia a devenit un mijloc preferat pentru chirurgia •jbară, distală și în special cea cu laser ce dă posibilitatea realizării unor fibrioplastii 5au neostomii. Rezultatele sunt asemănătoare celor din microchirurgia clasică. Tehnic este dificil de realizat, poate dura ore, necesitând o experiență și o dotare foarte ounã.

Una din principalele indicații în chirurgia tubară rămâne însă **sarcina extrauterină.** -ocalizarea poate impune o rezolvare de manieră conservatoare sau radicală. Atitudinea operatorie este dictată și de dorința de procreere când se va tenta intervenția :onservatoare. La pacientele care nu mai doresc copii, intervenția este radicală, dar 51 la aceste cazuri, trebuie avută în vedere o intervenție care să nu lezeze mezoovarul -eaiizând o semicastrare.

* Salpingectomia radicală - utilizează tehnica "triplu loop" și constă:
- irigarea - localizarea sarcinii ectopice (a);
trompa cu sarcină ectopică se prinde cu pensa forceps (b);
se trece prin lațul "Endo - Loop", procedura se repetă de două ori (c);
se secționează cu atenție evitându-se lezarea arcadei vasculare tubare (d);
lavaj al cavității peritoneale, dren în Douglas.

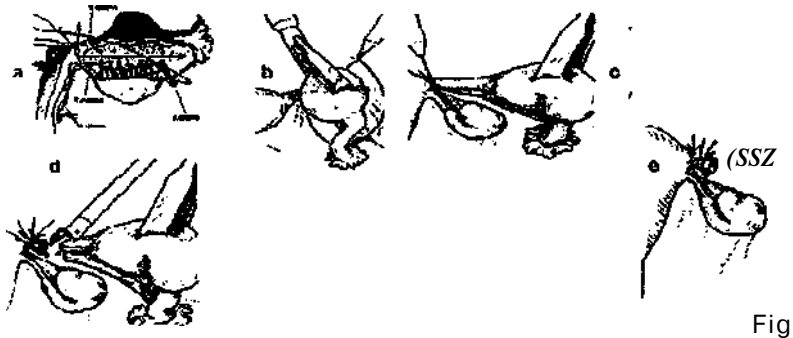


Fig. 56 Salpingectomie radicală.

* Chirurgia conservatoare

- aspirarea cavității peritoneale și evidențierea localizării sarcinii ectopice;
- în localizările ampulare sarcina este aspirată cu "Aquapurator-ul" sau extrasă cu forcepsul;
- în localizările istmice și interstițiale se practică o salpingostomie ce necesită apoi sutură (dar nu obligatoriu);
- pentru a reduce hemoragia se poate distila până la 10 ml soluție POR 5% (vasopresină) în regiunea antimezosalpinx (locul unde trompa bombează);
- se realizează o incizie cu pensa monopolară (evită hemoragia);
- cu foarfecele se disecă pereții trompei punându-se în evidență sarcina ectopică;
- zona de nidație este apoi spălată;
- se practică sutură (o sutură îngrijită asigură o vindecare bună fără riscul de fistulizare);
- la câteva săptămâni, permeabilitatea tubară este verificată prin laparoscopie sau ecografie.

Rg. 57 Tratamentul conservator al sarcinii ectopice

(După Donnez 1989)

* Tratamentul conservator chimic

- substanțe ca Methotrexatul, Vasopresină, Prostaglandinele au fost folosite în decursul timpului dar rezultatele nu sunt certe și nu există un protocol.

* Sarcina ovariană

- lavaj peritoneal cu localizarea certă a sarcinii ectopice;
- instilare de soluție POR;
- extragerea sarcinii cu forcepsul;
- sutura ovarului.

* Hidrosalpinxul

Tratamentul hidrosalpinxului are la bază principiile anterior descrise:

- se va avea grijă pentru a nu leza arcada vasculară;
- extragerea din abdomen a pieselor operatorii până la peretele abdominal, se face cu ajutorul săculeților confecționați din polietilenă, apoi cu ajutorul unei pense Pean.

Fig. 58 Tratamentul hidrosalpinxului (După Donnez 1989)

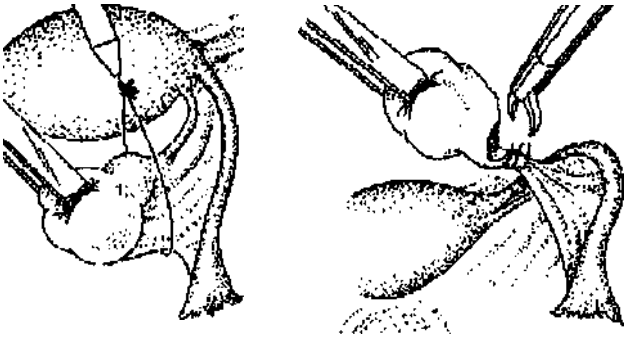
C. *Chistele ovariene*

Toate școlile admit astăzi rolul laparoscopiei în tratamentul chistelor anexiale. ;e pun însă două probleme, cea a posibilităților tehnice și cea a riscului modificării •.adiului unui proces neoplazic. Au fost descrise mai multe gesturi terapeutice:

prezintă interes redus, mai ales în chistele organice, unde ecidivele sunt frecvente.

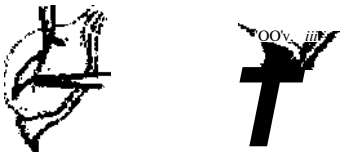
* Ovarectomia

Laparoscopia poate realiza această anoperă după prealabilă asigurare a emostazei cu ligaturi, termocoagulare, 'stilare de vasopresină. Dificultatea a-nâne cantonată la extragerea ovarului : -^ abdomen, riscul fiind important :3torită riscului neoplazic, în momentul ' care s-ar încerca fragmentarea lui :entru extragere, având în vedere :osibilitatea limitată pentru diagnosticul ..aiorilor border-line.



* Chistectomia intraperitoneaiă. Se efectuează cu ajutorul penselor și foarfecilor, :^pă puncționarea chistului, dar nu înainte de a ne asigura prin ***examen ecografic de acurateție,*** că formațiunea nu este un chist funcțional sau un chist cu vegetații -:erne. Eliminarea posibilității unei tumori maligne ar trebui făcută și printr-o citologie :eritoneală și ***dozarea CA-125.*** în cazul în care ne-am asigurat că formațiunea este o „Tioră chistică seroasă , ea se deschide cu foarfecele, ***se vizualizează interiorul ei, pentru a ne asigura încă o dată de absența vegetațiilor*** Dacă toate condițiile au fost -deplinite se practică decapsularea, apoi este extrasă din abdomen prin trocar. în ;eneral manopera nu este hemoragică, deci nu necesită o hemostază, totuși se saturează tranșa sau se aplică Tissue-Cole. în prezența unor puncte hemoragice se roate face coagularea mono sau bipolară. Tratamentul chistelor anexiale pe cale BDaroscopică a devenit o realitate. Considerăm metoda utilă și de elecție cu condiția :e a ne limita gestul pentru chistele seroase. ***Metoda nu se adresează chistului dermoid, care ridică problema peritonitei chimice și nici chistelor mucoide ce pot duce la peritonita mucilaginoasă.***

* Chistectomia prin hidro - disecție



D. *Chirurgia corpului uterin*

* Miomectomia. Intervenția pe corpul uterin a fost una dintre contraindicațiile laparoscopiei, până în ultimii ani, când dezvoltarea tehnicii de endocoagulare a permis o hemostază de calitate.

Metoda este limtată la formațiuni de 5-6 cm cu dezvoltare subseroasă sau intramurală, leiomioame care în mod uzual, prin dimensiunile lor, nu sunt o indicație pentru laparotomie.

Nodulii pediculați sunt mai ușor de abordat.

(După K. Semm 1984)

Fig. 59 Miomectomie

Se efectuează doar o hemostază prin endocoagulare la nivelul pediculului, după care se practică secționarea la acest nivel.

în situația nodulilor cu dezvoltarea subseroasă și intramurală se practică injectarea peritumorală a unei soluții de vasopresină. Aceasta asigură hemostază și crează planul de clivaj. Cu ajutorul foarfecelui se deschide capsula, iar nodului se extrage prin decapsulare. în situația unei formațiuni mici, nu este necesară altă manoperă, plaga lăsându-se să se cicatrizeze spontan, eventualele puncte hemoragice fiind coagulate cu electrocauterul. Dacă formațiunea extrasă lasă în urma ei un crater profund, este indicată peritonizarea suprafeței prin endosutură.

Urmează timpul cel mai dificil al intervenției, extragerea din abdomen a nodulului, fie prin culdotomie, fie prin lărgirea unei căi de acces.

Marele dezavantaj al acestor extracții este reducerea bruscă a pneumoperitoneului, cu dificultăți în realizare manoperei. Majoritatea serviciilor folosesc astăzi morcelare nodulului cu ajutorul unui instrument special, manopera necesitând timp îndelungat.

* Histerectomia subtotală și totală manopere laborioase cu indicații restrânse.

* Endometrioza. Odată cu introducerea diagnosticului laparoscopic, incidența endometriozei a crescut spectacular. Prima laparoscopie stabilește diagnosticul și stadializează endometrioza.

Zonele suspecte de endometrioza vor fi investigate prin testul "Termo - Color", în principiu, focarele termice, și mai ales în ultima treime a ciclului se vizualizează foarte bine datorită culorilor brun - albăstrie.

Nu rareori endometrioza determină un intens proces aderențial ușor vizualizabil aparoscopic.

în ultimii 10 ani, datorită introducerii laser-uiui cu bioxid de carbon și tratamentul endometriozei s-a dezvoltat foarte mult. în cadrul tratamentului endometriozei pe :ale laparoscopică intră trei timpi principali:

a. *Adezioliza* - din punct de vedere tehnic nu există diferență față de :ea efectuată după procesele inflamatorii. Este însă mai dificilă, pentru că aceste aderențe sunt mai dense și mai hemoragice, de multe ori întâlnim adevărate conglomerate, făcând dificilă soluționarea cazului.

b. *Eliminarea punctelor de endometrioza peritoneală* - deși pare a fi un •eritoriu ce aparține laser-ului cu bioxid de carbon, el permițând vaporizarea leziunilor :J o mare precizie, chiar și în zonele "periculoase" din vecinătatea ureterului. Distrugerea unor noduli mai mari și izolați se poate face prin coagularea bipolară sau : opsie exereză. Această metodă este mult mai traumatică și periculoasă.

Nu se folosește electrocoagularea monopolară, ea fiind mult mai penetrantă. Rezultatele sunt greu de apreciat, deoarece considerăm tratamentul incomplet, metoda eadresându-se punctelor mici și focarelor atipice. în toate cazurile este bine să se •ică tratament postoperator cu Danazol, simptomatologia ameliorându-se în aceste 5 tuații. Intervențiile laparoscopice second-look, sunt obligatorii pentru monitorizarea •/atamentului.

c. *Tratamentul laparoscopic al endometrioamelor ovariene.* Este mult "ai dificil, deoarece drenajul simplu este practic nefolositor, recidivele fiind o regulă, ar pe de altă parte în endometrioamele de volum mediu e relativ greu de găsit zona :e clivaj a capsulei. Utilizarea laser-ului cu bioxid de carbon rezolvă această problemă cnn posibilitatea de a coagula cavitatea chistică, ceea ce duce la distrugerea țesutului ectopic.

în toată literatura de specialitate, tratamentul laparoscopic al acestei afecțiuni este prezentat cu rezultate foarte bune (statisticile lui Fayez, 1983, Donnez, 1980). E este net superior tratamentului numai pe cale medicamentoasă cu Danazol și cu analogi de GnRH. Din statisticile lui Pouly (1987) reiese un procentaj mult mai mare :e sarcini după tratamentul laparoscopic al endometriozei.

Tratamentul endometriozei este o combinație între tratamentul hormonal și cel inirurgical:

Etapa I îndepărtarea laparoscopică a tuturor focarelor de endometrioza . zibilă existente în cavitatea abdominală.

Etapa II Tratament hormonal - se adresează focarelor restante și se -ace pe o perioadă de 3 - 6 luni.

Etapa III Control laparoscopic - are ca scop completarea adeziolizei, ndepărtarea eventuală a focarelor restante, efectuarea de proceduri corective neopavilioane).

E. *Sterilizarea pe cale laparoscopică*

A fost descrisă în literatura de specialitate pentru prima dată în 1925, de \anjoks, care a raportat 28 sterilizări prin acesta metodă. Tehnica s-a dezvoltat -'oarte mult după 1970, în SUA, 95% din indicațiile de sterilizare chirurgicală realizându-36 pe cale laparoscopică.

Indicațiile sunt foarte bine codificate:

- indicații medicale - boli cronice, sistemice;
- indicații genetice - boli ereditare;
- indicații obstetricale;
- indicații contraceptive - cadrul planning-ului familial.

Procedeele de sterilizare pe cale laparoscopică se împart în:

- metode electrice (electrocoagularea mono-bipolară, termocoagularea)
- metode mecanice (inele, clame)

Fig. 60 Sterilizare cu clamă

Fig. 61 sterilizare laparoscopică prin electrocauterizare.

Cele mai eficiente sunt considerate diatermocoagularea, metodele mecanice având dezavantajul eventualului rejet. Zona de elecție a diatermocoagulării o reprezintă zona ampulară a trompei. Pensa forceps va prinde strict trompa, evitând interpunerea mezosalpinxului și astfel se evită lezarea arcadei vasculare. Temperatura optimă este de 70 grade Celsius, o temperatură superioară de 100 grade Celsius carbonizează țesuturile, extinzând zona la mezosalpinge și intersectând astfel arcada vasculară.

De regulă, se aplică 2 puncte de diatermocoagulare. Majoritatea autorilor indică și secționarea ei la acest nivel, urmată de aplicarea încă a 2 puncte de diatermocoagulare.

6. ARTEROGRAFIA PELVIANĂ

Cel dintâi care a practicat această explorare în ginecologie a fost Macarini (1951) care a explorat tumorile uterine pe cale angiografică, descriind anarhiile și neregularitățile vasculare, șunturile arterio - venoase. în 1953 Seldinger inițiază cateterialismul arterial retrograd, iar în 1967 Omnis propune cateterizarea selectivă a ramurilor arterei hipogastrice (uterină, vezicală, obturatoare și rușinoasă internă) metodă care a reușit, fără nici un fel de riscuri pentru bolnavi.

* *Tehnica examenului*

Cateterul este introdus în artera femurală și este împins (sub control radioscopic) până la nivelul bifurcație aortice. Dacă nu se continuă traseul spre o arteriografie

selectivă se aplică manşonul oscilometrului Pachon pe membrele inferioare blocând astfel circulaţia şi determinând întreaga substanţă de contrast să treacă în arterele care irigă viscerele pelviene, cu excepţia arterelor lombo - ovariene, a căror emergenţă se găseşte mai sus. Cu toate acestea irigaţia arterială a trompelor şi ovarelor este oine individualizată datorită largilor anastomoze care există între ramurile ovariene ale uterinei şi artera lombo - ovariană.

Se efectuează clişee radiologice seriate punându-se în evidenţă faza arterială capilară şi venoasă a tranzitului vascular pelvian.

Interpretarea imaginilor arteriografice se bazează pe o bună cunoaştere a arborelui circulator pelvian putându-se aprecia o stare patologică prin evidenţierea -nor modificări evidente ale acestuia.

Astfel un fibrom deplasează traiectul arterial în funcţie de volumul şi localizarea sa. Pe un clişeu mai tardiv va apărea arteriola care însoţeşte pseudo capsula nodulului • bromatos apărând pe urmă o opacifiere capilară mai mult sau mai puţin intensă, în "uncţie de gradul de congestie sau ischemie locală.

Chistul de ovar apare ca o masă nevascularizată, dar care deplasează traiectul arterial. Dimpotrivă, în tumorile maligne de ovar se vor vizualiza numeroase mici vase anormale şi o opacifiere difuză a masei tumorale. Această opacifiere difuză a masei jjmorale obţinută în cursul arteriografiei, Mascarini a propus-o pentru a fi utilizată în aprecierea gradului de extensie a tumorii maligne (ovariene, uterine, vezicale) în •^^icul bazin.

* *Contraindicaţii, accidente*

Arteriografia este contraindicată la subiecţii care prezintă artereoscleroză, la zei care sunt sub tratament anticoagulant, la cei cu intoleranţă la substanţele iodate sau prezintă insuficienţe cardiace sau renale.

Principalele accidente descrise în literatură sunt:

- injectarea substanţei para arterial sau intramural cu producerea anevrismului disecant sau a necrozei de medie;
- hemoragia parietală;
- fistula arterio - venoasă;
- tromboze;
- calea falsă.

Arteriografia rămâne o metodă, o tehnică foarte delicată, care trebuie executată :e specialişti cu mare experienţă.

7. FLEBOGRAFIA UTERINA

Flebografia uterină sau histerografia venoasă nu este o tehnică nouă. Primele -cercări datează din 1946, dar metoda descrisă de De La Pena nu a intrat niciodată - practica curentă din cauza dificultăţilor tehnice.

Introducerea radio-televiziunii şi a substanţelor triiodate cu difuzie mare au cermis obţinerea unor imagini foarte bune putându-se stabili criterii sigure în cepartajarea stărilor fiziologice de cele patologice.

* *Instrumentar*

Instrumentarul (Fig. 62) este foarte simplu. Un ac pentru injectarea intrauterină.

care are o lungime de 21 cm. Este un ac dublu folosit și pentru aortografie, partea exterioară mai scurtă este prevăzută cu o olivă metalică la extremitatea distală. Acul interior cu un calibru mai redus alunecă ușor în interiorul primului ac pe care îl depășește în lungime cu 6 mm.

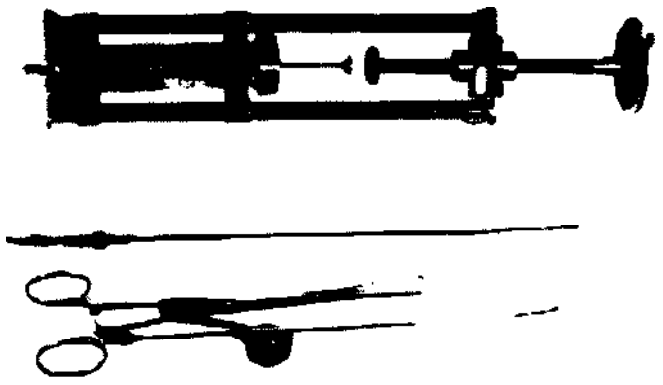


Fig. 62

Se mai folosește o pensă de col ce are un sistem special de fixare a acului și o seringă obișnuită de 20 cm^, a cărui piston este acționat de un sistem ce asigură o presiune constantă.

* *Tehnica examenului*

După asepsia vaginului se montează un specol. Se prinde colul cu pensa Pozzi și se verifică cu histerometrul lungimea și direcția cavității uterine. Se introduce primul ac până ia contact cu fundul uterin. în interiorul acestuia se află cel de al doilea ac și care cu o mișcare bruscă este introdus în miommetru pe cât posibil în zona mediană a uterului.

Se injectează 1 - 2 ml Hialuronidază. După 5 minute se injectează 20 cm^ dintr-o soluție triiodată sub o presiune constantă în aproximativ 35 - 40 secunde. Această injectare se face sub control pe ecranul de televiziune, ceea ce permite luarea a 4 - 5 clișee succesive la debutul, la mijlocul și la sfârșitul injectării.

Unii autori au propus o nouă tehnică bazată pe o injectare rapidă (10 - 20 secunde) a 30 cm^ substanță de contrast cu efectuarea a câte unui clișeu în fiecare secundă. Această tehnică nu ameliorează vizualizarea uterului, dar dă o mai bună vizualizare a marilor vase uterine, ovariene și hipogastrice, fapt important în diagnosticul trombozelor și a unor compresiuni.

S-a propus de asemenea o tehnică de injectare folosind mai multe ace, fapt ce duce la obținerea de imagini foarte bune, în schimb necesită o dilatare cervicală prealabilă; autorii preconizând ca examinarea să se facă în anestezie generală.

* *Interpretarea histerlografiel venoase*

La studierea clișeelor obținute prin hi stenografi a venoasă se va analiza succesiv:

- volumul uterin;
- contururile uterine;
- plexul venos - rețeua uterină;
- aspectul diverselor vene tubo - ovariene și uterine;
- aspectul marilor trunchiuri venoase, hipogastrice, ovariene, ilio - lombare.

Se studiază clișeele luate în timpul injectării și cele efectuate la 1 - 2 - 3 și 5 minute după terminarea injectării, considerând că la la femeia normală nulipară,

timpul de dispariție a substanței de contrast este de 30 de secunde, în timp ce la multipare este de 60 - 90 secunde. După această limită întârzierea eliminării se consideră ca o stare patologică.

* *Histerografia venoasă normală*

La fundul uterin în punctul de Injectare substanța de contrast apare ca o mică pată opacă, rotunjită, suspendată. Plecând de la această pată, se face difuzia bilaterală in mici ramificări, mai mult sau mai puțin difuze care formează plexul uterin și care se colectează foarte rapid în cele două direcții. (Flg. 63).

Fig. 63

Prima direcție este cea a venelor tubo - ovarlene (2 - 3 canale) din care substanța trece rapid în vena ovariană.

A doua direcție este cea a venei uterine care este foarte sinuoasă, care la maștere din mal multe ramuri și are un calibru ceva mai mare decât vena ovariană. ^edlcolul uterin se varsă în vena hipogastrică.

Frecvent se observă anastomoze pericervicale care leagă pedicolul uterin stâng :u cel drept și uneori anastomoze descendente spre plexurile clitoridiene. Inconstant se vizualizează o ramură anastomotică, sub vena hipogastrică, a venei uterine cu olexul presacrat, sau a unor vase trecând transversal de la o hipogastrică la alta.

* *Indicațiile examinării*

Principalele indicații ale histerografiei venoase sunt: metroraglIle, durerile oelviene inexeplicablle, avorturile prin repetiție, sterilitatea și toată patologia uterină sau utero - anexială la o bolnavă la care examenul prin tușeu vaginal este dificil dlntr-jn motiv sau altul.

Una din indicațiile deosebite este pentru aprecierea arborelui vascular venos n malformațiile uterine înaintea efectuării unei operații plastice (operația Strassman).

Sunt numeroase lucrări de specialitate care descriu diversele aspecte ale -lebografiei uterine în stările patologice, unele din aceste aspecte fiind patognomonice.

* *Contraindicații*

Contraindicațille histerografiei venoase se suprapun cu cele ale H.S.G. din care cele mai importante sunt infecțiile acute sau cronice și Intoleranța la substanțele date.

**** Accidente***

Aplicată corect şi evitând cazurile care prezintă contraindicaţii este considerată ca o metodă cu inocuitate totală.

**** Accidente şi incidente totuşi posibiie:***

- durerea în timpul injectării;
- în uterele cu miometru hipoplazic - perforaţia;
- o scleroză locală prin substanţa de contrast;
- apariţia endometriozei sau diseminarea unui carcinom.

în ceea ce priveşte flebografia pelviană prin tehnicile intravenoase şi transosoase nu se mai folosesc în scopul obţinerii flebografiei uterine.

8. LIMFOGRAFIA PELVIANĂ

Injectarea foarte lentă (în 60 - 90 minute) a 10 ml lipiodol în vasele limfatice ale piciorului permite pe un clişeu radiologie efectuat 24 ore mai târziu, vizualizarea satisfăcătoare a aproape tuturor grupelor ganglionare pelvlene şi abdominale, care asigură drenajul limfatic de la viscerele pelviene. Aceşti ganglioni rămân opacifiaţi mai multe luni de zile.

Reţeaua aferentă a ganglionilor ilio - pelvieni este foarte complexă şi întortocheată. Se pot identifica uşor patru grupe de ganglioni: iliac extern, iliac intern, iliac comun şi paraaortic.

în ginecologie, limfografia este utilizată în departamentele de oncologie pentru studiul invadării ganglionare a cancerului de col.

Din păcate nu se poate obţine în mod constant opacifierea tuturor ganglionilor hipogastrici, ceea ce limitează interesul metodei.

Metoda este simplă şi nu prezintă pericol, uneori poate să apară un croşet febril în primele zile şi rareori incidente congestive pulmonare.

9. PELVIGRAFIA GAZOASĂ

A fost introdusă în practica ginecologică în 1924 de Wintz şi Dyroff, cărora le datorăm o punere la punct aproape perfectă a metodei care vizualizează contururile externe ale pelvinului.

în 1927 Arens şi Stein asociază pelvigrafiei gazoase şi histerosalpingografia, obţinând o imagine mai completă a organelor pelviene, prin combinarea celor două metode punându-se în evidenţă atât contururile externe cât şi cele interne.

**** Teltnica peivigrafiei gazoase***

După o mică anestezie locală, folosind locul clasic al paracentezei, se introduce un ac pentru pneumopritoneu şi se injectează 5 - 10 minute, aproximativ 1 litru de gaz carbonic, ceea ce determină eliberarea cavităţii pelviene de ansele intestinale.

Pentru radiografie femeia este aşezată în poziţie Trendelaiburg, la o înclinaţie de aproximativ 35°, ceea ce determină căderea anselor intestinale spre diafragm, eliberându-se astfel cavitatea abdominală.

** Interpretarea Imaginilor vizuale*

Clişeele obţinute au ca şi contur extern un cadru osos, eliptic, ceea ce corespunde strâmtorii superioare deformate prin unghiul de protecţie. în interiorul acestui perimetru se vizualizează viscerele pelviene eliberate de ansele intestinale subţiri, cu excepţia situaţiilor când se găsesc aderenţe la acest nivel.

Vezica apare sub formă ovalară ce dublează posterior simfiza. Fundul de sac vezico - uterin este destins de gaz şi apare ca o concavaţie retrovezicală. în spatele fundului de sac vezico - uterin se vizualizează uterul, care are formă de elipsă cu contururi regulate şi axul transversal aproape dublu faţă de cel antero posterior.

De flecare parte a uterului parametrele formează două opacităţi triunghiulare, cu baza spre exterior, având înainte ligamentul rotund şi în spate conturul fastonat al trompelor.

Pe faţa anterioară a sacrului se vizualizează o formaţiune neomogenă, ce se continuă spre stânga cu sigmoidul, respectiv este imaginea rectului.

** Indicaţiile şi contraindicaţiile pelvigrafiei gazoase:*

Indicaţiile pelvigrafiei gazoase se limitează la diagnosticul tumorilor pelviene, prin simpla obţinere de contururi ce permite vizualizarea tumorilor ce aparţin organelor genitale, apreciindu-se totodată şi volumul lor.

Metoda asigură un diagnostic corect din punct de vedere a originii tumorii, nefiind însă posibil de a stabili dacă ea este solidă sau lichidă.

Leziunile patologice ale anexelor şi parametrelor sunt foarte greu de interpretat.

Principala contraindicaţie a examinării este sindromul aderenţial extis, prezenţa lui nepermiţând o interpretare corectă a înregistrării obţinute.

10. REZONANŢA MAGNETICĂ NUCLEARĂ (R.M.N.)

** Principiul metodei*

Pitagora a fost primul care s-a gândit că materia trebuie să fie constituită dintr-un element pe care el l-a denumit atom, adică ce nu mai poate fi divizat. La începutul secolului XIX Dalton a demonstrat existenţa atomului şi l-a reprezentat ca pe o sferă plină a cărei masă variază de la un element la altul.

La începutul secolului XX Rutherform propune ipoteza că atomul este format dintr-un nucleu central încărcat pozitiv înconjurat de electroni încărcaţi negativ.

Pentru R.M.N. important este numai nucleul. El este constituit dintr-un număr variabil de protoni şi neutroni. Neutronii din punct de vedere electric sunt neutri, iar protonii sunt încărcaţi pozitiv şi totuşi şi neutronii au suprafaţa ocupată de o sarcină electrică negativă, din această cauză protonii şi neutronii se comportă ca nişte dipoli.

Pare straniu că neutronii (neutri prin definiţie) au suprafaţa ocupată de sarcini electrice. în realitate protonii şi neutronii sunt constituiţi şi ei din părţi mai mici numite "QUARKS", acestea fiind încărcate electric.

între polul negativ şi polul pozitiv există o forţă electrică proporţională cu încărcarea polilor şi cu câmpul electric situat între ei. Acest câmp electric este orientat într-o anumită direcţie. Nucleul are o mişcare de rotaţie în jurul propriei axe "mişcare de spin". O sarcină electrică în mişcare creează în jurul ei un câmp magnetic determinând apariţia unui moment magnetic.

Dacă va fi plasată într-un câmp magnetic această mişcare de spin se va alinia şi va putea alege două poziţii. Se poate alinia de la Sud la Nord într-o poziţie paralelă cu câmpul magnetic, sau de la Nord la Sud într-o poziţie antiparalelă.

Cele două poziţii nu sunt echivalente, ele corespund la nivele de energie diferite. între cele două poziţii există o diferenţă de energie DE.

Dacă îi vom plasa într-un câmp magnetic vor atinge rapid o stare de echilibru, în această stare de echilibru ei sunt supuşi influenţei temperaturii exterioare, ceea ce antrenează o trecere permanentă ale unor protoni dintr-o stare de energie în alta, dar echilibrul global este conservat.

Dacă vom aduce o anumită cantitate de energie sistemului, numărul de treceri între cele două stări de energie se va accelera.

Pornind de la ideea că între două sisteme care oscilează cu aceeaşi frecvenţă poate să existe un transfer de energie pentru R.M.N. se folosesc unde de radio - frecvenţă RF (1 - 100 MHz).

Principiul de bază se sprijină pe faptul că anumite nuclee atomice au proprietatea de a emite un semnal radio atunci când sunt plasate într-un câmp magnetic şi supuse unei anumite frecvenţe radio, capabilă să determine nucleul de a intra în rezonanţă.

Această frecvenţă radio de rezonanţă este în concordanţă cu forţa câmpului magnetic utilizat şi a unui coeficient specific al fiecărui nucleu studiat. Deci, fiecare nucleu va emite semnale de rezonanţă cu o lungime de undă specifică.

Pe baza înregistrării semnalelor de rezonanţă ordinatorul va construi imaginea secţiunii atomice studiate.

Rezonanţa magnetică nucleară este deci un procedeu diagnostic bazat pe interacţiunile fizice, procedeu complet diferit de procedeele radiologice utilizate până în prezent: radiografie (raze X), scintigrafie (raze gamma), termografie (infraroşii) sau ecotomografie (ultrasunete).

* *Protocolul*

Modalităţile de explorare sunt multiple, parametri putând fi schimbaţi după dorinţă şi anume: durata, momentul şi repetiţia interacţiunii câmp magnetic şi frecvenţă radio. De asemenea, se pot alege diferite frecvenţe de excitaţie prin frecvenţa radio de rezonanţă sau puls RF, care pun în valoare relativă parametrii determinării R.M.N.

Principalele frecvenţe se numesc:

- saturaţie recuperare (S.R.);
- inversie recuperare (I.R.);
- ecou de spin (S.E.).

Pentru fiecare tip de secvenţă intervin alţi factori de timp:

- T.I. - timp de intervenţie în frecvenţa I.R.;
- T.E. - timp de ecou;
- T.R. - timp de repetiţie între ciclurile de plus în frecvenţe S.E.

Alegerea acestor parametri pernite îmbunătăţirea imaginii şi punerea în evidenţă a unuia sau altui detaliu anatomic.

în mare spunem că tehnica I.R. pune în valoare diferenţele de T^ (timp de relaxare longitudinală) şi că tehnica S.E. arată mai ales diferenţele de T^ (timp de

relaxare transversală). Aceste combinații de variații, de T.I.; T.E. și T.R. sunt foarte bogate în posibilități de contrast diferențiat. Ele permit de a distinge de exemplu peretele vezicii în raport cu urina, endometrul în raport cu miometrul uterin, mușchii netezi în raport cu mușchii striați etc.

Trebuie neapărat reținut că T^ și T^ sunt constante tisulare caracteristice, în timp ce T.I.; T.E. și T.R. sunt variante impuse de operator schimbând momentul recepției ecoului sau distanțând impulsurile. De aici rezultă posibilitatea de a se pune în evidență o diferență între răspunsuri și fiind vorba de imagine, diferențiere de contrast.

Din nefericire, pentru a complica sarcina examinatorului, contrastul aceluiași țesut poate varia după tipul de secvențe utilizate. De aceea el trebuie să se familiarizeze cu imaginile obișnuite (obținute prin ecou de spin) ale anatomiei ginecologice normale.

* ***Rezultate anatomice***

a. *Scheletul*

Corticala osoasă nu dă semnal, căci ea nu conține practic protoni mobili. Ea va apărea deci în negru, indiferent de parametri utilizați. în schimb măduva osoasă emite un semnal intens datorită conținutului său de grăsimi.

b. *Grăsimea*

Indiferent de localizarea sa în pelvis, grăsimea reprezintă un excelent contrast de fond, dă semnal intens, un hipersemnal, căci are T^ scurt și *1^* lung. Ea va apărea deci în alb, indiferent de valorile T.E. sau T.R. Evaluarea ei este importantă pentru ansamblul spațiului pelvisubperitoneal care reprezintă țesutul de ambalaj al organelor oelviene. (Fig. 64).

Fig. 64

c. *Aparatul urinar al femeii*

Indiferent de nivelul considerat (cavitate peilocaliceală, închisă la culoare în .ezică), urina apare ca apă un T^ lung și Tj lung. Ea apare închisă la culoare în .ezică. Dar prelungind T.E. și T.R., contrastul trece de la negru la gri, în timp ce oeretele vezical, adică mușchiul neted se distinge ca o bordură densă în raport cu jnna mai deschisă.

Este un exemplu demonstrativ că operatorul trebuie să-și aleagă protocolul de examen în funcție de ceea ce caută și să varieze secvențele pentru un plus de siguranță.

d. *Mușchii de intensitate intermediară*

Uterui

El apar în gri mai mult sau mai puțin clar, conform timpilor utilizați. Variind parametri, ajungem să distingem mușchii netezi de mușchii striați, deși ei au aproape același conținut de apă.

Uterul se situează în tentele de gri intermediare, puțin mai intens decât mușchii plevieni. Aici, vederile frontale și sagitale sunt evident de un remarcabil interes pentru a preciza raporturile anatomice.

Endometrul se poate distinge de miometru cu condiția de a utiliza o secvență S.E. cu T.E. și T.R. lungi.

Imaginea T^ permite să distingem clar, în secțiune sagitală (Fig. 65) corpul și colul uterin, vezica, vaginul.

Fig. 65

Rg. 66

Secțiunea frontală (Fig. 66) arată în schimb cele două regiuni ale anexelor.

O comparație a imaginilor T^ și *1^* furnizează detalii mai ample.

Dacă analizăm figura 67, reprezentând aceeași secțiune ca figura 63, dar cu dominantă T^, recunoaștem pe imaginea *1^* structura uterului tipic imaginilor R.M.N.

La exterior, se distinge clar miometrul care emite semnale de intensitate medie. Un strat subțire de intensitate mai mică îi urmează la interior. Este vorba de un strat interior al miometrului sau de zona bazală a endometrului.

în centru, semnale foarte intense indică endometru, mai precis zona funcțională a acestuia, a cărui grosime depinde evident de ciclu.

Aspectele funcționale ale uterului pot fi interpretate cu aprecierea schimbărilor de grosime ale endometrului în funcție de perioada ciclului și vârstei.

Chiar înainte de perioada menstruală, 2 straturi se pot distinge în endometru. Trebuie totuși notat că diferențele de T^ rămân discrete în timp ce cele de *J^* sunt evidente, dar semnificația rămâne discutabilă.

Fig. 67

e. *Fasciile*

Fasciile pot fi studiate în particular, precum și arhitectura fibroasă a micului :azin al femeii. Fasciile nu pot fi indentificate atunci când sunt în contact cu țesuturile grăsoase sau mobile, cum este cazul pentru fascia precervicală. Importanța .ascularizării venoase a fasciilor pelviene permite vizualizarea ligamentelor cardinale 5au transverse (Macknrodt) în țesutul gras din spațiul pelvisubperitoneal.

f. *Ansele intestinale*

în măsura în care ele conțin gaz care nu emite semnale, apar în negru, în schimb, peristaltismul estompează imaginea lor de contur, ceea ce face ca R.M.N. să •e puțin utilizabil în ceea ce privește aprecierea stării exacte a peretelui intestinal. ^.M.N.-ul poate fi foarte util în caz de extensie tumorala, deoarece intestinul este stunci fixat (deci imobil) și vizualizarea impecabilă a părții sigmoide juxta uterine va •*ace reperabWă* prezența aderențelor, (a *une*\ fixități anormale), *lară* a putea judeca atura sa exactă.

în condițiile normale de viteză circulatorie, vasele au un semnal foarte slab și aoar întunecate: de fapt protonii sângelui trec repede prin porțiunea corporală studiată 3 deci nu pot sufeh secvența completă a magnetizării necesare emiterii unui semnal.

Invers, orice încetinire circulatorie se va traduce prin apariția semnalelor .asculare care apar mai puțin întunecate.

R.M.N. în patologia ginecologică

După evaluarea anatomică, experiența examinării ne conduce să distingem 3ouă serii de indicatori în cursul bilanțului diagnostic: de o parte cancerul de col .terin și tumorile pelvieri;b, pe de altă parte.

* Cancerul de col uterin

Imaginile obținute în cursul unui examen de cancer de col uterin permit o analiză în trei dimensiuni. Caracteristicile titulare ale cancerului malpinghian diferit de cele ale țesuturilor musculare, dar mai ales de ale țesutului conjunctiv.

Se poate aprecia extensia tumorii pe porțiunea intravaginală a colului și către corpul uterin, deci permite măsurarea înălțimii extensiei tumorale.

Secțiunile axiale dau diametrul și configurația tumorală. Infiltrația parametrului proximal sau distal este analizabilă în raport cu tromboza prin tumoare a numeroaselor și voluminoaselor vene de la baza ligamentelor largi.

Grăsimea spațiului pelvisubperitoneal dă un hipersemnal care dispare atunci când există o extensie tumorală.

Interesul R.M.N.-ului în bilanțul preterapeutic al cancerului de col uterin este deci dublu:

- permite o măsurare tridimensională a tumorii;
- lămurește în caz de dubiu diagnosticul extensiei tumorii în parametre.

* Analiza maselor tumorale pelviene

Trebuie precizat că R.M.N. nu e o metodă de depistare a cancerului ovarian, el nu poate fi indicat decât în prezența unei tumori pelviene diagnosticată clinic, analizată ecografic în ceea ce privește natura, localizarea, dimensiunile, extinderea.

în regiunea micului bazin, calitatea imaginii este tulburată de artefacte datorate respirației și mișcărilor intestinale.

Lichidele, ca urina sau chistele ovariene, au o durată lunga *1^*. Ele vor apare deci deschise la culoare pe imagine T^, ceea ce ne informează asupra eventualelor structuri interne. O vezică plină este avantajoasă pentru derularea structurii interne. O vezică plină este avantajoasă pentru derularea examenului.

Pe imaginea T^, țesăturile grase cu semnale intense, permit o distingere clară a organelor și contururilor lor. Trebuie deci ținut cont de aceasta la un diagnostic diferențial al tumorilor ginecologice.

Diagnosticul teratomului beneficiază indiscutabil de radiografia abdominală fără pregătiri speciale, care relevă prezența calcifierilor (dinți sau fragmente osoase), dar R.M.N. ne dă imagini excelente grație conținutului în grăsimi a chistului dermoid (Fig. 68).

Prezența hipersemnalului permite definirea mai precisă a mărimii decât ecografia, mai ales dacă teratomul este mic.

Fig. 68

Pentru diagnosticul chistului, imaginea *1^* prezintă o intensitate puternică a semnalelor putându-se evidenția structura lichidă.

Diagnosticul diferențial între un fibrom uterin voluminos, multinodular umplând micul bazin și o tumoare ovariană mare, pune probleme serioase.

Imaginistica (vizualizarea) R.M.N. ușurează această diferențiere. Pe imaginea T^, nodulii uterului miomatos sunt tot atât de săraci în semanie, ca și uterul.

în timp ce pe imaginea T^ intensitatea tipică a semnalelor uterine crește, fibromul rămâne întunecat, comportare tipică a acestuia.

în concluzie, în majoritatea cazurilor R.M.N. permite:

1. Să clasăm clar procesele tumorale pelviene.

2. Posibilitatea obținerii de imagini tridimensionale, chiar para-axiale (deci a oricărui punct în spațiu) este promițătoare atunci când analiză procesului depășește jn singur organ. Anumite suprafețe limitate pot fi vizualizate în secțiune perpendiculară, :eea ce permite o interpretare mai clară decât o secțiune tangențială.

Principalele inconveniente ce se opun utilizării R.M.N. sunt:
- durata examinării;
- prețul aparaturii.

Această metodă va deveni indispensabilă atunci când se vor obține imagini de : mai mare acuratețe, când vom dispune de o tripologie reproductibilă a organelor și •esuturilor.

1 1 . MIJLOACE DE DEPISTARE ȘI DIAGNOSTIC ÎN CANCERELE GENITALE

(vezi cap. Cancerul de col).

STUDIUL ECHILIBRULUI HORMONAL

I. CURBA TERMICĂ BAZALĂ

Curba temperaturii este o metodă simplă și puțin costisitoare și ea rămâne ea mai simplă metodă pentru obiectivarea ovulației, diagnosticul unei insuficiențe :"ogesteronice precum și în alegerea anumitor zile în vederea efectuării unor alte "vestigații.

Deși numeroase studii au demonstrat lipsa unei corelații între ultima valoare, :ea mai scăzută, și peak-ul de LH, ea rămâne metoda cea mai utilizată.

* *Fiziologie:* creșterea temperaturii premenstrual este datorată acțiunii i'ogesteronului secretat de corpul galben postovulator. Creșterea temperaturii bazale :J 46 decigrade poate fi obținută și prin administrarea parenterală a unui progesteron atural. Este suficient un nivel plasmatic al progesteronului de 3 ng/ml pentru a avea : creștere a temperaturii.

* *Tehnică,* pentru a avea un rezultat interpretabil, examinarea trebuie făcută :arte riguros, respectiv:
- se folosește un termometru obișnuit, întotdeauna același;
- temperatura se măsoară în fiecare zi dimineața la trezire de preferință la aceiași oră;
- temperatura se măsoară vaginal, rectal sau bucal, niciodată axilar;
- valoarea înregistrată se transcrie imediat pe un formular special gradat și datat.

**** Indicații.***

- sterilitatea sau tulburările de ciclu (amenoree, metroragii funcționale, cicluri menstruale neregulate;
- rezultatele obținute ne vor permite să aflăm dacă există sau nu ovulație, să cunoaștem data acesteia, să apreciem calitatea corpului galben, să ne orientăm pentru alte investigații hormonale;
- să supraveghem tratamentele cu inductori de ovulație;
- vom putea aprecia rezultatele obținute;
- contracepție.

Curba termică bazală normală

Există trei faze:

a. *Faza foliculară* *(postmenstruală):* temperatura este scăzută, în jur de 36°5 - 36°7 C . Această fază durează 13 zile într-un ciclu de 28 de zile dar poate să varieze în funcție de data ovulației.

b. ^w//9^/a/temperatura crește cu 4 - 6 decigrade în 24 - 48 de ore, depășind 37° C. Este "decalajul termic" care uneori este precedat de o scădere a temperaturii cu 1 - 2 decigrade (punctul cel mai scăzut al curbei).

c. *Faza luteală* *(premenstruală/.* temperatura rămâne egală sau mai mare de 37° C și durează 12 - 14 zile. Este platoul termic și el are o durată fixă.

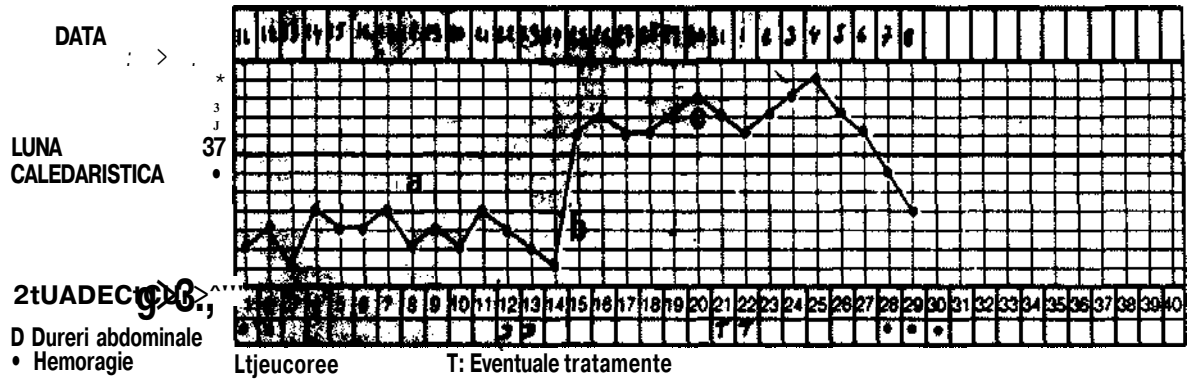


Fig. 69 Curbă termică bazală normală: a: faza foliculară; b: ovulația; c: faza luteală.

Curbe termice anormale

O curbă de temperatură cu valori neobișnuit de mari sau de mici dar bifazică trebuie să o considerăm ca normală.

Curba monofazică: fără apariția unui decalaj este caracteristică absenței corpului galben, deci lipsei ovulației. Femeia poate avea cicluri regulate sau nu, sau chiar amenoreei.

Curbe bifazice anormale: pot lua diferite aspecte:

- platou termic insuficient, mai scurt de 10 zile care evocă o insuficienţă luteală fără însă a putea defini cauza;
- platou termic prelungit peste 14 zile, el se datorează unui corp galben persistent. Acest tip de curbă îl întâlnim în caz de sarcină dar şi după administrarea de HCG care prelungeşte viaţa corpului galben, întârzie apariţia menstruaţiei, chiar dacă nu este prezentă sarcina.
- apariţia decalajului termic tardiv (ziua 18 - 20). Este expresia unei ovulaţii tardive, sau dacă decaljul apare progresiv în timp de peste 5 zile (în mod obişnuit el apare în 2 - 3 zile) temperatura atinge maxi - mum 37° C şi se menţine numai câteva zile, putem aprecia că este tot o insuficienţă luteală.

**** Alte utilizări ale curbei termice bazale (C. T.B.)***

în caz de sterilitate C.T.B. ne permite alegerea momentului cel mai favorabil efectuării unor alte examinări:

* Studiul glerei cervicale şi testul postcoital care se efectuează în faza ovulatorie, înaitea apariţiei decalajului termic;
* Histerosalpingografia - se efectuează în faza hipotermică, câteva zile după sfârşitul menstruaţiei;
* Biopsia de endometru - se recoltează cu o săptămână înaintea decalajului, respectiv, în plină fază luteală;
* Dozăhle hormonale: în prima parte a ciclului (ziua 10-a) se recoltează estradiolul, FSH, LH, prolactina şi androgenii şi în a doua parte a ciclului, după creşterea temperaturii, în 2 - 3 reprize se dozează progesteronul plas-matic;
* Curba termică bazală ne permite alegerea datei pentru relaţiile sexuale când şansa fecundării este mai mare sau pentru a alege momentul inseminării artificiale.

II. DOZĂRILE HORMONALE

Pentru diversele afecţiuni şi tulburări funcţionale ginecologice se dozează: hormonii ovarieni, gonadostimulinele hipofizare şi prolactina. Astăzi se preferă dozarea din plasmă dar există servicii care utilizează încă dozările urinare.

Nu avem dorinţa de a face inventarul tuturor dozărilor hormonale care pot fi astăzi efectuate, dar dorim să răspundem la trei întrebări: ce examinări cerem; de ce le cerem; cum le interpretăm.

* ***Fiziologie*** pentru a putea discuta aceste aspecte este necesar să trecem în revistă câteva aspecte de fiziologie.

Hipotalamusul şi funcţia gonadotropă - de la nivelul nucleilor hipotalamici se eliberează un hormon, FSH, LH - RH sau gonadoliberina care se acumulează în eminenţa mediană. De aici el este transportat prin sistemul port hipofizar la hipofiza anterioară unde induce secreţia continuă de FSH şi LH, hormon ce stimulează creşterea foliculară.

în hipotalamusul anterior (aria preoptică) există o arie de control ciclică care permite o descărcare brutală de LH - RH, eveniment ce duce la o creștere brutală a secreției de FSH și de LH, fenomen ce va produce ovulația.

Steroizii ovarieni (estrogenii, progesteronui, testosteronul) produși sub influența FSH și LH prin fenomenul de "feed - back" negativ vor frâna la rândul lor activitatea hipotalamică și apoi pe cea hipofizară.

Encefalul, în ansamblu, care este supus unui număr mare de stimuli influențează la rândul său activitatea hipotalamică prin intermediul unor substanțe excitante (norepinefrina) sau inhibitoare (serotonina, dopamina).

Hipotalamusul și secreția de prolactină . Hipotalamusul intervine în controlul secreției prolactinei printr-un mecanism dublu:

1. *un mecanism de inhibare* prin prolactininhitibingfactor (PIP);
2. secreția de prolactină *stimulează secreția de PIF.*

Hiperprolactinemia interacționează cu hormonii gonadotropi:

-împiedică secreția hipofizară de FSH și LH;

- blochează parțial acțiunea FSH și LH la nivelul gonadei.

TRH-ul stimulează secreția de prolactină.

*. ***Indicații***

Principalele indicații sunt reprezentate de sterilitate, amenoree și hirsutism. Nu există explorări standard ale ciclului menstrual, analizele sunt cerute în funcție de tabloul clinic (diferitele patologii nu se explorează în aceeași manieră) și urmărind curba de temperatură (pentru a fixa momentul recoltării și a interpreta rezultatele în funcție de ovulație).

Vrem să subliniem încă o dată că dozările hormonale la femeie reprezintă un instantaneu în ciclul menstrual, nivelul seric al diverșilor homoni având variații zilnice și chiar nictemerale.

**** Rezuitate***

1. Dozări statice - sunt examinări de bază ce se execută în lipsa oricărui tip de tratament medicamentos care ar putea influența funcția ovariană sau hipofizară. Redăm în tabelul următor principalii hormoni care pot fi dozați și valorile lor.

Din tabel se poate deduce momentul în care trebuie făcută recoltarea precum și corelația între aspectul macroscopic al organelor genitale și nivelul seric al diverșilor hormoni.

2. Dozări în dinamică Faptul că dozările statice nu ne dau informații decât despre un moment dat al ciclului i-a determinat pe diverși autori să propună *probe dinamice* ceea ce permite analizarea răspunsului unei glande la o terapie.

Probele dinamice explorează fie axul hipotalamo - hipofizo - ovarian fie ovarul.

* Testul LH - RH (sau finRH^

Se utilizează 100 mg LH - RH în administrare i.v. Administrarea este urmată de mai multe recoltări în timp la O, 30, 45, 60 și 90 minute. Sub efectul decapeptidului hipotalamic hipofiza eliberează FSH și LH. în mod normal la femeia în perioada de activitate genitală, nivelul sanguin al FSH-ului crește de 1 - 2 ori iar LH de 4 - 6 ori.

		Faza foliculară (săpt. 2-a)	Faza luteală	Moment Indiferent
Col	Culoare	Roz	Violaceu	
	Orificiu ext.	Deschis	închis	
Gleră		Abundentă, filantă cristalizează	Puțin abundentă, opacă	
C.T.B.		< 37 °C	> 37 °C	
Endometru		Proliterativ	Secretor	
Estradiol	pg/ml	120 (65 - 230)	150 (100 - 200)	
	nmol/l	0.44 (0.20 - 0.85)	0.55 (0.37 -0.74)	
Progesteron	ng/ml		10 (8 - 20)	
	nmol/l		32 (25 - 64)	
FSH	ng/ml	1.5-3.2	0.7 -2.3	
	mUI/ml	2.9 (1.5-4.4)	2.3 (1-3)	
LH	ng/ml	0.5-2.5	1-3	
	mUI/ml	2.8 (1 - 6)	1.7 (0.5 - 5.8)	
Prolactina	ng/ml			12.4 (3 - 25)
	^lUl/ml			110 - 550
Testosteron	ng/ml			0.4 (0.2-0.5)
	nmol/l			0.7 - 1.7
A 4 Androstendion	ng/ml			1.5 (0.7 - 2)
,	nmol/l			3-7
DHEA	ng/ml			3 (2 - 5)
	nmol/l			7 -21
Sulfat de DHEA	ng/ml			2 (1 - 3)
	nmol/l			2.6-7.7

După J.R. Giraud, 1993

Flg. 70

Acest răspuns variază însă în timpul ciclului menstrual fiind maxim în faza preovulatorie. Un test pozitiv are semnificația unei funcții hipofizare normale, testul negativ indicând o patologie hipofizară fie organică (adenom) fie funcțională.

* Testul la citrat de clomifen

Constă în administrarea a două comprimate din acest produs în zilele 5 - 9 ale ciclului menstrual.

Rezultatul testului se apreciază în funcție de C.T.B.:

- răspuns de tip 1: absența decalajului termic, menstruație absentă;
- răspuns de tip 2: absența decalajului termic, menstruație prezentă;
- răspuns de tip 3: decalaj termic prezent, menstruație prezentă.

Dacă testul este pozitiv, respectiv răspunsul este de tip 3, suntem în fața unui ax hipotalamo - hipofizo - ovarian normal. Pentru o mai bună interpretare a testului este necesar să se dozeze și FSH, LH, estradiolul care în mod normal trebuie să crească.

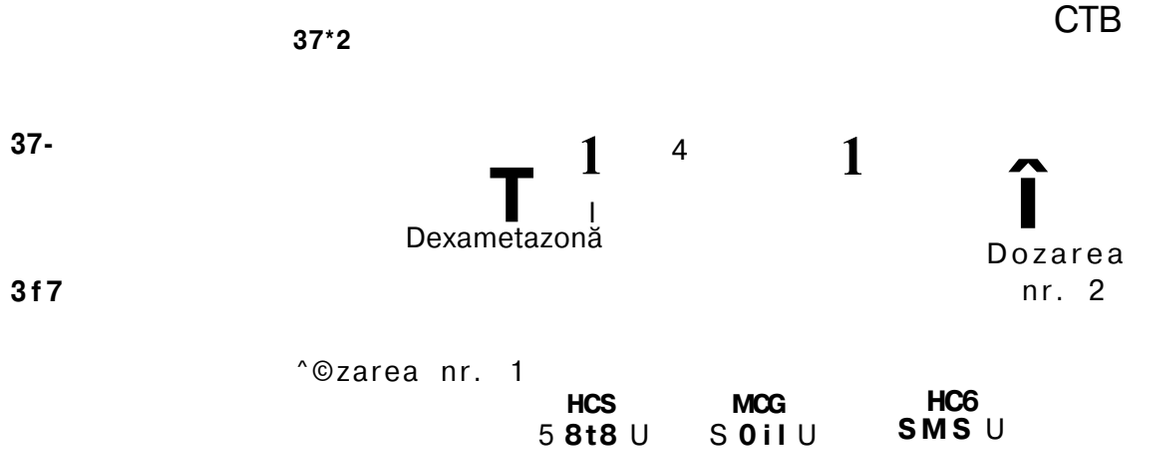
Un test negativ indică efectuarea testului la LH - RH.

* Testul de explorare a prolactinei

Testul ne permite depistarea hiperprolactinemiilor potențiale și se efectuează prin administrarea de 200 mg de TRH. Răspunsul normal este o creștere a prolactinemiei de bază de 3 - 4 ori. Un răspuns exploziv indică un tratament cu inhibitori ai secreției prolactinei.

* Testul de stimulare - frenare Javie

Testul se bazează pe frenarea funcției suprarenalei cu dexametazonă și stimularea corpului galben cu HCG. El explorează capacitatea secretorie potențială a ovarului în cele trei compartimente: teaca internă (estrogeni); granuloasa luteinizată (progesteron); stroma (androgeni). în situația transformării corpului galben în pseudo corp galben gestațional și a blocării glandei suprarenale respectiv în lipsa androgenilorde origine suprarenală. Explorarea se face în faza luțeală începând cu a 3-a zi după decalajul termic. Se administrează 3 mg Dexametazonă/zi 5 000 UI HCG în zilele 1, 3 și 5 ale studiului. (Vezi fig. 71). în figura 72 se regăsesc dozările pe care le cere testul și variația valorilor acestora.



Flg. 71

	înainte de adm Inistrare	După adm Inistrare
17 ceto	4 - 12 nng/24 h	2 - 4 mg/24 h
A + E	3 - 6 mg/24h	1-2.5 nng/24h
DHA	1 mg/24h	Urme
Estrogen	20 - 40 mcg	60 - 80 mcg/24h
Pregnandiol	2 - 6 mg	5 - 10 mg/24h
E. + Ea		25 - 40 mcg/24h
E3		30 - 50 mcg/24h
17 OH	3 - 6 mg/24h	1 mg/24h
Pregnantriol	2 - 3 mg/24h	1-1.5 mg/24h
Testosteron	0.4ng/ml	0.8 ng/ml

Fig. 72

* Testul la HMG

Proba şi-a pierdut mult din interes. Ea constă în injectarea i.m. a 5 fiole de HMG 3 zile consecutiv.

în mod normal, trebuie să apară semne ale impregnării estrogenice (gleră, :itologie vaginală, estradiol plasmatic) la 4 - 6 zile după ultima injecţie. Un răspuns oozitiv indică originea hipotalamo - hipofizară a afecţiunii pe care o explorăm.

Iii. Biopsia de endometru

Se prelevează un fragment de endometru în faza luţeală pentru a fi studiat "istologic şi a vedea dacă aspectul mucoasei corespunde momentului ciclului când a 3vut loc recoltarea.

în mod normal în faza foliculară, la nivelul endometrului are loc proliferarea :are porneşte de la nivelul stratului bazai, glandele fiind subţiri şi rectilinii. în faza jteală are loc diferenţierea secretorie. Se opreşte creşterea, glandele sunt sinoase 31 încărcate cu glicogen; corionul este edematos; arterele spiralate sunt net diferenţiate.

Avantajul biopsiei de endometru în raport cu dozările hormonale este că endometrul are o memorie remanentă respectiv modificările histologice din cursul :iclului sunt succesive şi în strânsă dependenţă de o evoluţie normală în faza Drecedentă.

ETAPELE FIZIOLOGICE ALE VIEȚII GENITALE FEMININE

Obiective

* Cunoașterea principalelor stadii ale pubertății;
* Cunoașterea principalelor cauze de hemoragie în pubertate;
* Cunoașterea investigațiilor necesare pentru diagnosticul pubertății întârziate;
* Cunoașterea investigațiilor necesare pentru diagnosticul pubertății precoce;
* Cunoașterea principalelor etape fiziologice în evoluția menopauzei;
* Cunoașterea principalelor cauze ale unor hemoragii din menopauză;
* Cunoașterea principalelor semne clinice ale insuficiențe estrogenice;
* Cunoașterea mijloacelor terapeutice pentru combaterea tulburărilor cauzate de menopauză.

Perioada de nou - născut

Supus în timpul vieții intrauterine influenței complexe a hormonilor materni, în special de origine placentara, organismul fetiței nou-născute suferă în primele luni de viață o adevărată criză hormonală.

Rezultatul este o intumescență mamară și o descuamație mai mult sau mai puțin importantă a endometrului și epiteliului vaginal, proliferate sub efectul stimulării estrogenice de origine placentara, exprimate printr-o leucoree uneori sanguinolentă.

Interesantă este în această perioadă și comportarea glandei suprarenale, care în timpul vieții intrauterine a secretat în special dehidroepiandrosteron sulfat (precursor al steroidogenezei placentare) și corticosteron.

Producția de cortisol devine aparentă abia în primele zile după naștere.

Copilăria

în această perioadă, care reprezintă primii ani de viață, până la debutul pubertății, organismele fetițelor se deosebesc prea puțin de ale băieților, atât somatic cât și endocrin.

Sistemul hormonal diencefalo - hipofizo - ovarian este practic într-o stare de repaus până la pubertate, când se realizează maturația centrului sexual hipotalamic care determină secreția ciclică de realesing factori, caracteristică organismului feminin.

în consecință, în toată perioada copilăriei, până la vârsta de 8 - 9 ani, în urină se pot evidenția doar urme de estrogeni, 17 - cetosteroizi și gonadotrofine, iar organele genitale interne și externe au o dezvoltare practic egală cu cea din perioada de nou - născut.

Pubertatea

Reprezintă ansamblu modificărilor biologice, morfologice și psihologice care însoțesc transformarea copilului în adult. Această perioadă este caracterizată de dezvoltarea caracterelor sexuale secundare (pilozitate pubiană și axilară, sâni, vulvă,

țesut gras subcutanat). Organele genitale devin de tip adult. Are loc un puseu de creștere. Se produc modificări fiziologice importante până la apariția capacității de orocreere. Toate aceste fenomene și transformări se derulează pe parcursul a 3 - 4 ani, în general între vârsta de 11 si 15 ani. Menarha, respectiv apariția primei nenstruații, are loc în jurul vârstei de 12.5 ani.

înainte de apariția menstruației apar mai multe semne ale maturării sexuale. După Wilkims, din punct de vedere statistic, acestea apar astfel:

- 9 -10 ani - cresc glandele mamare;
  - debutul dezvoltării pilozității pubiene.
- 11 - 12 ani - modificări ale epiteliului și citologiei vaginale;
  - dezvoltarea organelor genitale externe și interne.
- 12 - 13 ani - pigmentarea mamelonului;
  - dezvoltarea sânilor.
- 13 - 14 ani - apariția pilozității axilare;
  - menarha.

Toate aceste modificări sunt însoțite de multiple fenomene hormonale.

Dacă în timpul copilăriei nivelele plasmatice ale estradiolului și ale ionadotrofinelor sunt practic nule. în cursul pubertății nivelul seric al acestora cresc :aralel. Acest fenomen este posibil datorită faptului că hipotalamusul și hipofiza sunt : n ce în ce mai sensibile la feed - back-ul negativ exercitat de estradiol. Progresiv, se -aturează și mecanismul feed - back-ului negativ și astfel apare activitatea ciclică.

Primele cicluri sunt rar ovulatorii, prima menstruație fiind legată doar de variația :oncentrațiilor sanguine în estradiol. în general prima ovulație este de proastă calitate, : DHstatându-se o adevărată insuficiență luteală. De obicei, ciclurile regulate și normale oar la 6 luni, 1 an de la prima menstruație.

Instalarea funcției gonadice este precedată de 3 - 4 ani în care există o activitate -^prarenală crescută cu creșterea secreției de DHEA.

DHEA-ul este responsabil de creșterea pilozității pubiene și axilare. Estradioiul - schimb va determina dezvoltarea glandei mamare și a vulvei, puseul de creștere, -/ mai târziu, sudura cartilajelor de creștere (oprirea creșterii) și redistribuirea grăsimii.

Determinismul pubertății

Factorul declanșant este necunoscut, dar el este de origine hipotalamică, este aracterizat prin începerea secreției de GnRH. în declanșarea acestor mecanisme, se zare a avea rol:

- Androgenii suprarenali;
- Epifiza;
- Gradul de dezvoltare somatică;
- Factori nutriționali.

Clinica pubertății

O fetiță se poate adresa medicului pentru:

- Pubertate survenită la o vârstă normală dar cu: cicluri neregulate, sângerări anormale, leucoree, dismenoree;
- Anomalii ale datei de apariție a pubertății: întârzierea pubertății, impuberism, pubertate precoce.

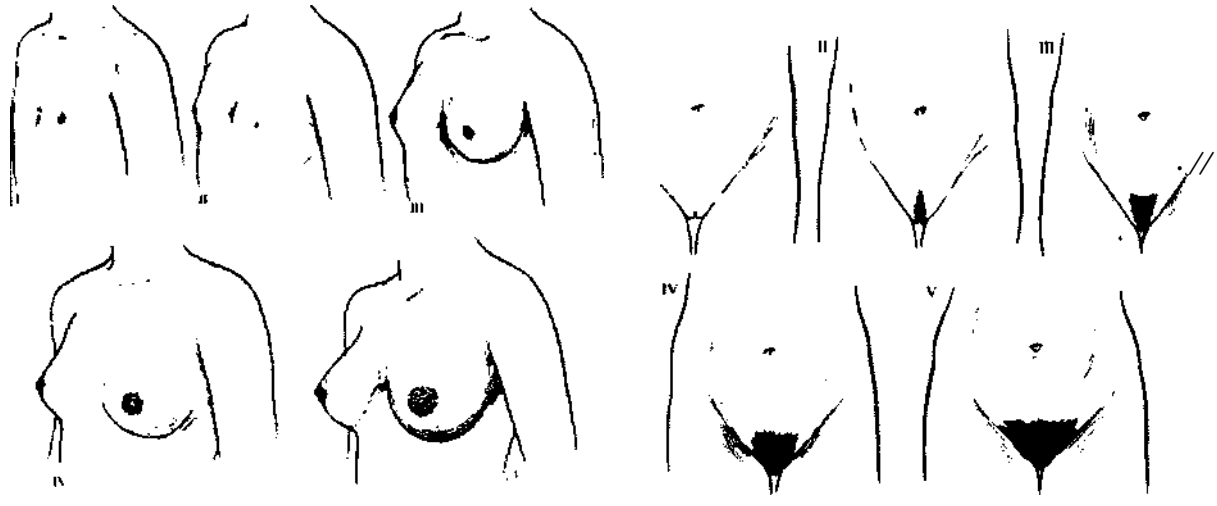
1. Particularitățile consultației

Consultația se face de preferință de către un specialist în ginecologie infantilă și în prezența mamei.

* Aprecierea modificărilor morfologice: este un timp foarte important al examinării și este precedat de o anamneză din care să cunoaștem data menarhei și caracterele ciclului menstrual și după efectuarea unei biometrii (înălțime și greutate).

Pentru aprecierea dezvoltării sexuale se utilizează clasificarea lui Marshall și Tanner:

P 1 - prepubertatea: creșterea în volum a mamelonului; fără pilozitate pubiană;
P 2 - începerea dezvoltării glandei mamare; pilozitate pe labiile mari;
P 3 - țesut glandular palpabil, fără o delimitare clară a conturului sânului și areolei, pilozitatea urcă spre pube.
P 4 - dezvoltarea areolei cu apariția unei denivelări secundare, dezvoltare laterală a pilozității pubiene.
P 5 - dezvoltarea pilozității pubiene care ia aspectul triunghiular.



(După Novak, 1996)

Fig. 73 Dezvoltarea caracterelor sexual» secundare. Clasificarea Marshall și Tanner.

Prima menstruație apare aproximativ la 2 - 3 ani după apariția mugurelul mamar, respectiv în jurul vârstei de 12 - 13 ani (Stadiul P 5).

* Examinări complementare

- *CTB este* utilă în caz de hemoragie sau amenoree. Tntr-o pubertate normală curba este adesea la început plată, apoi devine bifazică, la început cu platou scurt, și în sfârșit de bună calitate.
- *Radiografia mâinii '^exTfViXe* stabilirii vârstei osoase. în mod normal, sesamoidul degetului mic apare la vârsta de 11 ani. Vârsta osoasă de apariție a menstruației fiind de 12.5 ani.
- *Dozăriiiormonale-* nu prezintă interes decât în cazuri speciale ca impuberismul sau pubertatea precoce.

2. Stări patologice particuiare

a. *Stări patologice survenite în cazul unei pubertăți normal instalate*

* Cicluri neregulate - apar datorită unei imaturități hipotalamice, în general ciclurile sunt prelungite, uneori apare o amenoree care durează mai multe luni; nu necesită să se efectueze un tratament medicamentos.

* Cicluri menstruale prea scurte (polimenoree) - în fața unei patologii care se prelungește în timp și pentru a evita apariția unei anemii prin spoliere se poate administra un progestativ (Medroxiprogesteron, Duphaston) în a doua parte a ciclului ziua 15 - 24). Acest tratament nu împiedică maturarea hipotalamică, el trebuie făcut pe o perioadă de 3 - 6 luni cu perioade de întrerupere pentru a da posibilitatea de nstalare a ciclismului normal.

Dacă ciclurile rămân neregulate și după vârsta de 18 ani trebuie făcute explorări suplimentare (vezi cap. "Tulburări ale ciclului menstrual").

=^ Menometroragiile - se datoresc fie insuficienței globale ovariene (la cazurile :u caracterele sexuale secundare nedezvoltate), fie absenței corpului galben (la cazurile :u caracterele sexuale secundare prezente), fie unor factori hematologici.

Tratamentul se face cu estrogeni în prima situație; cu progestative de sinteză, n a doua situație. în tulburările de coagulare, se va face un tratament etiologic.

Aceste metroragii sunt de cele mai multe ori funcționale ceea ce nu exclude examenul ginecologic complet pentru depistarea eventualelor cauze organice.

Un fapt foarte important și care trebuie subliniat: tulburările de ciclu ale pubertății "u se tratează cu estroprogestative (anticoncepționale) deoarece acestea blochează •^laturarea hipotalamică.

* Leucoreea este o scurgere albă sau gălbuie, niciodată iritantă, dată de "^ucusul glandei cervicale și de exudatul vaginal. Apare o dată cu intrarea în funcție a Dvarului, uneori înainte de menarhă, și se accentuează după instalarea ciclurilor -^enstruale. Natura acestei leucorei este constituțională și nici un tratament nu o 'ace să dispară, sunt considerate ca fiziologice.

* Acneea - se datorează creșterii în exces a hormonilor androgeni într-o anumită etapă a pubertății. Dispare la maturitate. Tratamentul hormonal nu dă rezultate. Uneori progestativele de sinteză au efecte bune. Se recomandă tratamente locale dermatologice.

b. *Anomalii în dezvoltarea pubertății*

* Pubertatea precoce - este apariția semnelor pubertății înaintea vârstei de 8 5ni, fapt ce duce la limitarea creșterii în înălțime și a dezvoltării intelectuale. Distingem:

- *Pubertatea precoce adevărată,* situație în care maturarea ovariană este :atorată unei declanșări precoce a funcției hipotalamo - hipofizare;

- *Pseudopubertatea precoce* care se datorează activității unei glande periferice ; în care nu constatăm creșterea nivelului seric a gonadotrofinelor și deci nici o ~ atu rare precoce ovariană.

Cauzele pubertății precoce pot fi:

- Cauze constituționale - *pubertatea precoce idiopatică* - datorată unei predispoziții ereditare, ea fiind însoțită și de o maturare osoasă accelerată;
- Cauze organice - care pot fi *leziuni cerebraie* ca: sechele inflamatorii (encefalite, meningite); tumori localizate pe planșeul ventriculului trei, (corpii mamilari, gliom al nervului optic); sindromul Albright (pubertate precoce, pete pigmentare pe piele și osteoporoză); sindroame paraneoplazice.

Pseudopubertatea precoce poate fi cu apariția unei feminizări normale (izosexuală) sau cu o masculinizare (heterosexuală). Aceste semne trebuie să ne determine să căutăm ca și cauză:

- o tumoră ovariană care poate să fie masculinizantă dar cel mai adesea feminizantă (tumori de granuloasă, tumori tecale);
- o tumoră malignă a cortico - suprarenalei care este, în general, virilizantă;
- o hiperplazie congenitală a suprarenalei.

* Pubertatea întârziată - este vorba de apariția caracterelor sexuale secundare și a primei menstruații în jurul vârstei de 16 ani. Pentru a putea diferenția întârzierea de pubertate simplă de impuberism trebuie apreciată vârsta osoasă. în cazul întârzierii de pubertate simplă vârsta osoasă este inferioară vârstei de 11 ani, iar impuberismul va prezenta o vârstă osoasă mai avansată de 11 ani.

- *întârzierea de pubertate simplă* - este însoțită de de o întârziere somatică armonioasă și trebuie să ne determine să căutăm una dintre următoarele etiologii:

- o afecțiune cronică: mainutriție, malabsorbție intestinală, cardiopatii severe, nefropatii cronice, tratamente prelungite cu corticoizi, diabet zaharat;
- o insuficiență izolată în hormon de creștere. Diagnosticul se va baza pe dozarea dinamică a acestui hormon, iar tratamentul va consta în administrarea acestuia.
- o insuficiență tiroidiană - în general formă frustra, pentru diagnostic necesitând dozarea Tg, T^, TSH.

în întârzierea de pubertate simplă adesea nu găsim nici o cauză etiologică și în această situație trebuie să așteptăm până la împlinirea vârstei de 18 ani pentru a face investigații complete.

Nu există nici un tratament al întârzierii de pubertate și în particular estro - progestativele sunt contraindicate.

- *Impuberismul* este absență completă și definitivă ale pubertății.

Tabloul clinic se caracterizează prin amenoree primară fără dezvolatarea caracterelor sexuale secundare. Vârsta osoasă corespunde vârstei cronologice, nivelul seric a estradiolului este foarte scăzut sau absent, iar dozarea FSH și LH ne oferă două situații:

- FSH și LH crescut - cauza impuberismului este o afecțiune ovariană care este: fie sindromul Turner, fie o disgenezie gonadică pură;
- FSH și LH cu valori scăzute - hipogonadism hipogonadotrop - cauza fiind displazia olfacto - genitală;

- O tumoră a regiunii hipotalamo - hipofizare (cranio - faringiom);
- un adenom hipofizar secretant, cu o anorexie mentală.

Diagnosticul diferenţial trebuie făcut cu: pubertatea precoce simplă şi cu amenoreele datorate unor malformaţii ale căilor genitale (vezi cap. "Amenoree").

Tratamentul are ca scop dezvoltarea caracterelor sexuale secundare, asigurarea unui ciclism artificial.

Menopauza

Introducere, definiţie, perioade

Tranziţia dintre etapa reproductivă a femeii şi senescenţă reprezintă o perioadă de declin a funcţiei genitale, cunoscută sub numele de Climacterium ("coborârea pe scara vieţii").

Menopauza naturală este evenimentul central al acestei perioade şi se defineşte ca o amenoree definitivă datorată lipsei de dezvoltare a foliculilor ovarieni în prezenţa unui stimul gonadotrofinic normal. Scăderea funcţiei ovariene este un proces gradat ce începe la vârsta de 35 de ani, când ovarul începe să îşi reducă dimensiunile.

în raport cu momentul menopauzei, climaxul se împarte în trei perioade:

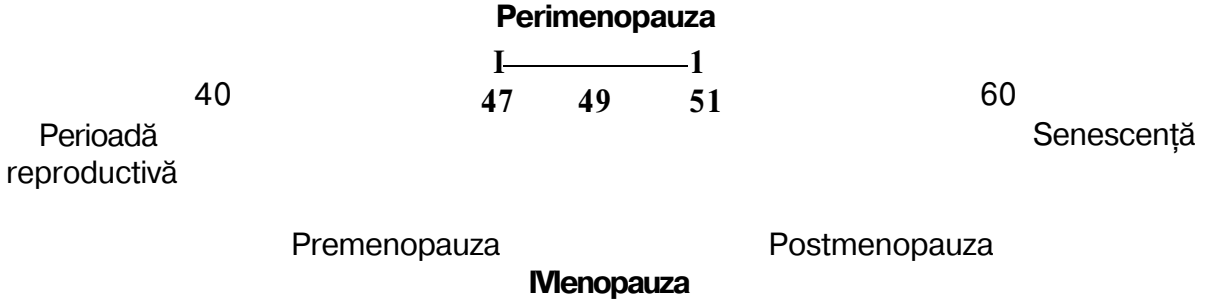
* ***Premenopauzar.*** caracterizată prin reducerea progresivă până la dispariţia fertilităţii (începe cu 5 - 10 ani înaintea opririi menstrelor), în jurul vârstei de 38 - 40 ani.

* ***Menopauza,*** oprirea menstrei, momentul putând fi stabilit ulterior, retrospectiv după 6 - 12 luni de la ultima sângerare menstruală.

* ***Postmenopauza.*** perioada cea mai îndelungată care conduce la încetarea completă a funcţiei sexuale.

Se vorbeşte despre postmenopauza precoce (primii 3 ani după oprirea menstrelor) şi tardivă (până în jurul vârstei de 60 ani, continuată apoi cu senescenţă).

* ***Perimenopauza.*** este o perioadă mai comprimată în timp decât climacteriul precedând imediat menopauza şi urmând-o cu 1 - 2 ani.



Odată cu reducerea producţiei ovariene de estradiol treptat apar şi primele probleme datorate de carenţa estrogenică. în perioada de tranziţie - ***perimenopauza*** - producţia de estradiol şi progesteron scade uşor dar progresiv. Tot acum se constată şi o scădere uşoară a producţiei de testosteron şi androstendion. în timp o încetarea a producţiei de hormoni sexuali ovarieni determină modificări importante ale organismului.

în perimenopauza şi la începutul menopauzei apar bufeurile, modificări ale stării de spirit, depresie, uscăciune a mucoselor şi uneori probleme mai supărătoare cum sunt reducerea înălţimii, modificări cutanate, simptome vezicale, pierderi de memorie. După aproximativ 10 ani de carenţă estrogenică, modificările sistemice descrise anterior încep să devină probleme medicale serioase.

Menopauza chirurgicală*cdiXe* determină pierderea bruscă a producţiei de steroizi ovarieni este adesea responsabilă de o simptomatologie serioasă legată de deficitul estrogenic, de creşterea riscului de morbiditate şi mortalitate prin patologie cardio - vasculară, fracturi pe teren osteoporotic şi demenţă.

Vârsta de intrare în ***menopauză,*** precum şi patologia legată de menopauză este legată în special de speranţa medie de viaţă. Speranţa medie de viaţă a femeilor americane a crescut de la 48 de ani în 1900 la 87,2 pentru femeile născute astăzi; femeia petrece deci o treime din viaţa sa după menopauză. Numărul femeilor în postmenopauză a crescut de la 5 mii. în 1900 la peste 45 milioane în 1990. Din păcate numai 15 până la 35% din femeile în postmenopauză fac o terapie substitutivă corectă. Indicele de acceptabilitate pe termen scurt (2 ani) variază între 20 şi 80%. în schimb ce utilizarea pe termen lung a ERT este substanţial mai scăzută fiind în marea majoritate a ţărilor chiar sub 5%. Obiectivul principal al medicinei moderne trebuie să fie ameliorarea indicelui de acceptabilitate printr-o mai bună informare a pacientei, o accesibilitate mai uşoară la substituţia hormonală dar şi prin a prezerva ovarele cât mai mult timp posibil.

Aspecte hormonale, influenţa deficitului honnonal asupra organismului feminin

în cursul vieţii femeii de la naştere, ovarul creşte în greutate considerabil atingând un maxim între 20 şi 35 de ani. După 35 de ani masa ovarică începe să se reducă, fenomen ce coincide aproximativ cu vârsta la care apar primele simptome perimenopauzale. Simultan cu scăderea masei ovarice se remarcă o reducere a volumului folicular.

Principalele simptome sistemice legate de deficitul estrogenic sunt:

Modificări ale cicluiui menstrual.	
Cicluri mai scurte sau mai lungi	penmenopauza
Sângerări mai uşoare sau mai abundente	perimenopauza
Cicluri neregulate	perimenopauza
Amenoree ,	postmenopauză
Modificări sau simptome somatice	
Creşterea frecvenţei sau a gravităţii cefalei	perimenopauza
Accentuarea hemicraniei menstruale	perimenopauza
Vertige	perimenopauza
Scăderea colagenului cutanat	postmenopauză
Dureri articulare	postmenopauză
Redistribuţia ţesutului adipos de pe coapse pe burtă	postmenopauză
Accentuarea arteriosclerozei	postmenopauză
Creşterea pierderii osoase	perimenopauza

Instabilitate vasomotorie	
Transpirații nocturne abundente	peri- postmenopauză
Tulburări psihice și cognitive	
Depresii de la ușoare la moderate	perimenopauza și menopauza
Iritabilitate și schimbări comportamantale	perimenopauza și menopauză
Accentuarea sindromului premenstrual	perimenopauza
Scăderea memoriei și a capacității cognitive	postmenopauză
Disfuncții sexuale și ale sistemului genital	
Scăderea lubrifierii vaginaie	perimenopauza și menopauză
Scăderea libidoului și dispareunie	perimenopauza și menopauză
Atrofie vaginală, incontinență urinală, infecții ale tractului urinar	postmenopauză

Dacă comparăm producția de testosteroni și de androsteroni la femeile în vârstă reproductivă cu cele în menopauză chirurgicală sau naturală constatăm că în timpul anilor de premenopauza hormonul dominant al ciclului menstrual nu este estriolul care se măsoară în picograme ci mai degrabă testosteronul șl androstendionul care se măsoară în nanograme respectiv miligrame.

Hormoni	**eproductivă**	**Postmenopauză**
Estradiol mg/ d	40-80	0-20
Estronă mg/ d	20-50	0-10
Testosteron mg / d	50-70	40-50
Androstendion mg / d	1.0-1.5	0.3-0.6

Nivelele plasmatice de testosteron și androstendion la femeile cu menopauză naturală sunt aproximativ duble în comparație cu cei găsiți la femeile cu ovarectomie bilaterală. După 4 ani de menopauză ovarul continuă să secrete estrogeni și nivelele plasmatice de estrogeni în primii ani de postmenopauză sunt ușor sub nivelele din faza foliculară precoce și aceasta pentru că faza de tranziție de la perimenopauza durează 15 ani (de la 40 la 50 de ani).

Atât producția ovariană cât și cea suprarenariană scad în postmenopauză chiar dacă nivelele lor sunt substanțiale. Androgenii care sunt importanți în stimularea formării osoase scăzând frecvența fracturilor, cresc masa musculară, pot fi asociați cu o creștere a stărW de b\r\e ș\ ameWorează fur\ct\a sexua\ă. De a\tțe\ androgerW sunt convertiți periferic în estrogeni creând principala sursă de estrogeni în menopauza avansată.

La femeile ovarectomizate lipsa androgenilor ovarieni duce la apariția de simptome legate de deficitul estrogenic mult mai accentuate.

Androgenii plasmatici la femeie provin din ovar și din glandele suprarenale unde se sintetizează androstendion și testosteron. Suprarenalele sunt principala sursă de DHEA și DHEAS ovarele secretând doar mici cantități de DHEA.

La femeile în premenopauza circa 50% din testost^onul plasmatic provine din conversia androstendionului în țesuturile periferice.

în postmenopauză secreția ovariană devine mai importantă, ea asigurând 50% din testosteronul plasmatic total.

Modificări uro - genitale și vuivo • vaginale

Odată cu reducerea estrogenilor în timpul perimenopauzei și postmenopauzei asistăm la subțierea mucoaselor vaginale, uretrale și vezicale. Proporțional cu gravitatea atrofiei vaginale, încet - încet cresc tulburările vulvo - vaginale cu apariția vaginitei atrofice însoțită de prurit, arsură, dispareunie; durere, senzație de tensiune, mici sângerări vaginale. Trigonul vezical și uretra (care embriologic derivă din țesuturi estrogeno - dependente) prin atrofie poate determina apariția micțiunilor imperioase, a incontinenței urinare, a disuriei și polachiuriei și la frecvente infecții ale tractului urinar.

Carența estrogenică duce la scăderea elasticității țesuturilor de suport din jurul vezicii, uretrei și uterului rezultând o creștere a riscului de apariție a cistocelului, rectocelului descensusului uterin și a incontinenței urinare de efort. Substituția estrogenică sistemică este eficace și poate preveni aceste modificări.

Administrarea locală de estrogeni sub formă de creme sau dispozitive ce eliberează estrogeni poate să fie adăugată cu efecte favorabile la femeile care deși fac o substituție orală se plâng de tulburări urinare și/sau vaginale. Vaginita atrofica postmenopauzală este însoțită adesea de infecții vaginale superficiale cu Coli, Streptococi, Stafilococi.

în situația unor tratamente hormonale ineficace sau uneori ca adjuvanți ai tratamentului hormonal se pot efectua exerciții fizice pentru planșeul pelvin, pesarul, tratamentul chirurgical, antibacteriene și alte preparate non - hormonale.

Vaginul este format din trei straturi: stratul epitelial format din epiteliul scuamos stratificat fără glande adevărate, un strat muscular mediu și profund stratul fibros ce provine din fascia pelvică. Celule epiteliale conțin cel mai mare număr de receptori estrogenici în comparație cu celelalate țesuturi genitale și răspund la stimularea estrogenică ovariană. Cu scăderea progresivă a estrogenilor mucoasa vaginală devine mai subțire și procentul de celule superficiale în comparație cu celule intermediare și parabazale se reduce.

Valurile de căldură (bufeurile)

Sunt cele mai frecvente tulburări ale climaxului (75%). Apar cu 6 - 12 luni înainte de momentul menopauzei, dar după castrarea chirurgicală se instalează la câteva zile și sunt severe. Maximum-ul de intensitate îl ating după 1 - 3 ani, se reduc și dispar progresiv după 10 - 15 ani.

Bufeurile apar spontan sau declanșate de factorii emoționali, ca o senzație de căldură în zona claviculei, extinzându-se spre torace și spre față, însoțite de înțepături. Apare congestia feței și a toracelui, urmată de transpirații si de palpitații, dureri precordiale, leșin, cefalee, amețeli, acroparestezii, tulburări digestive și urinare.

Aceste valuri sunt precedate de descărcări în peak-uri ale LH, ce determină creșterea temperaturii cutanate, modificări ale TA și ale volumului cardiac.

Transpirațiile nocturne sunt echivalente bufeurilor din timpul zilei. Datorită repetării lor se asociază cu irl^omnie rebelă.

Instabilitatea vasomotorie este consecința unei tulburări a echilibrului hipotalamus / SNV prin adaptarea necorespunzătoare a organismului la carența estrogenică.

Tulburările nervoase din menopauză

încetarea funcției menstruale asociată cu tulburările vasomotorii au răsunet adânc asupra psihismului pacientelor.

* Sindromul neurovegetativ și sângerările neregulate amplifică neliniștea;
* Insomnia duce la oboseală permanentă și iritabilitate;
* Modificarea imaginii corporale prin îngrășare, htfsutism, transpirații, piele umedă și grasă, apariția plicilor cutanate pe față și gât, modificările atrofice ale sânilor constituie substratul unor tulburări psihosomatice frecvent întâlnite în această perioadă. La acestea se adaugă scăderea libidoului și dispareunia, mai ales în postmenopauza tardivă.
* Alterarea stării de sănătate mintală se întâlnește în 15% din cazuri și cuprinde: depresie, anxietate, neurastenie, tulburări fobice, obsesive, psihoză, alcoolism.

Ateroscleroza şl bolile cardiovasculare

în climacterium apar tulburări metabolice ce pot determina o morbiditate crescută și severă, invalidități și decese. Cele mai frecvente sunt bolile cardiovasculare consecutive arterosclerozei și acestea cuprind: infarctul miocardic, boala coronariană, accident vascular cerebral, boala trombembolică.

Statistic, incidența infarctului miocardic în perioada adultă este mult mai redusă la femei decât la bărbați; după 5 ani de la menopauză incidența se egalizează pentru ambele sexe.

La femeile castrate (cu menopauză indusă chirurgical), infarctul miocardic este mai frecvent (prin instalarea brutală a menopauzei) și această frecvență scade când se administrează o medicație estrogenică substitutivă.

Administrarea la bărbații cu arterioscleroză și infarct miocardic în antecedente a unui tratament estrogenic (5 mg/z)i a dus la dublarea recidivelor infarctelor și bolii trombembolice.

Concluzia a fost că estrogenii nu sunt indicați la bolnavi cu arterioscleroză complicată cu infarct miocardic, accident vascular cerebral și risc de boală trombembolică (au rol preventiv, nu curativ).

Determinările lipoproteinelor plasmatice și ale colesterolului total pe grupe de vârstă și sex au demonstrat că la femei între 15 - 45 ani valorile colesterolului total și LDL sunt mai mici decât la bărbați, iar valorile HDL (care exercită efecte protective asupra formării de ateroame) sunt mai mari (furnizând explicația diferenței între sexe privind incidența infarctului miocardic și accidentului trombembolic).

Estrogenii aictiilați

*cresc VLDL (^) și TGL plasmatice (*t^, *exercitând efecte aterosclerotice.*

Substratul metabolic în menopauza îl constituie, deci, t LDL și iHDL

Estrogenii cresc valorile reninei, rezistența periferică la insulina, unii factori ai coagulării și scad antitrombina III. Prin acestea exercită efecte: hipertensive; trombogene; diabetogene.

Modificări tegumentare şi osteo tendinoase

Colagenul

Colagenul reprezintă o treime din masa totală corporală, este principalul component al țesuturilor conjunctivale din piele, os, tendoane, ligamente, artere, uter și dentină. în corpul uman există 5 tipuri de colagen structural bine definiți, dar 90% din colagenul total al corpului este de tip I. Principalul component al pielii și osului este colagenul de tip I, pielea are și colagen de tip III. în toate țesuturile o parte din colagen este în permanență degradată și înlocuită. Biosinteza și metabolismul colagenului are variații în funcție de vârstă. De exemplu în colagenul de tip I cantitatea de hidrolizină și hidrolizină glicozilată tinde să se reducă odată cu vârsta. Estrogenul are un impact benefic asupra metabolismului colagenului, scăderea estrogenului în peri și postmenopauză este asociată cu un deficit de colagen cutanat, uro - genital, musculogenetic și vascular. După menopauză grosimea pielii și conținutul ei în colagen scad cu timpul rezultând o piele subțire, transparentă, scuamoasă, fragilă. Aproximativ 30% din colagenul cutanat poate fi pierdut în primii 5 ani după menopauză. Terapia estrogenică substitutivă poate să prevină ușor aceste tulburări.

Pierderea osoasă şl osteroporoza

Osteoporoza este definită ca o stare ce se caracterizează printr-o masă osoasă scăzută cu o deteriorare a microarhitecturii țesutului osos fapt ce duce la creșterea fragilității osoase și creșterea riscului de fractură.

în țările dezvoltate creșterea speranței medii de viață face ca una dintre cele mai importante afecțiuni să fie osteoporoza. Osteoporoza nu determină numai deformări invalidante ale coloanei vertebrale dar este și cauza a unor dureri articulare care în timp se pot complica cu pierderea motilității și de aici necesitatea unor intervenții chirurgicale responsabile în SUA, de aproximativ de 45 000 de decese anuale.

Cea mai mare cantitate de masă osoasă o găsim în jurul vârstei 35 - 40 de ani și este mai scăzută la femeie față de bărbat după această vârstă atât la bărbat cât și la femeie apare o pierdere graduală de masă osoasă. Această pierdere este asociată cu nivelul estrogenic dar și cu un aport insuficient de calciu. Un aport de calciu de 1000 mg/dl în a 4-a decadă de viață poate fi asociat cu o conservare a masei osoase în menopauză. După menopauză însă la femeile care nu utilizează terapie estrogenică, chiar dacă au un aport adecvat de calciu se constată o creștere a pierderii de masă osoasă.

Osul uman este constituit din țesut viu, confruntat în permanență cu un proces de resorbție și de reconstrucție. Osul trabecular sau spongios este ca o rețea care formează sistemul de suport intern al conținătorului - osul cortical. El reprezintă 25% din schelet este metabolic foarte activ având un turnover foarte accentuat. Concentrații mari de os trabecular găsim în corpii vertebrali în oasele centurii pelvine și la extremitatea oaselor lungi. Aceste zone sunt foarte sensibile la nivele de resorbție osoasă mari. Osul cortical (compact sau lamelar) reprezintă conținătorul sau partea cea mai externă a tuturor oaselor. El reprezintă 75 % din schelet și are un turnover mai lent în comparație cu osul trabecular. Atât osul trabecular cât și osul cortical au componente organice (colagen, matrice proteică) cât și componente anorganice (fosfat de calciu). La începutul vârstei adulte resorbția și formarea de masă osoasă au aceeași intensitate astfel că masa totală rămâne constantă. Aproximativ 3% din osul cortical și 30% din osul trabecular al coloanei vertebrale sunt remodelați în fiecare an, acest ciclu necesitând mai multe luni de zile. Cele două procese nu sunt independente, modificarea unuia dintre ele influențând direct pe celălalt.

în postmenopauză, absența estrogenilor provoacă o accelerare a acestora, formarea osoasă nu mai reușește să contrabalanseze pierderea, aceasta pe an ajungând să fie cu 4% mai mare. Resorbția osoasă este datorată osteoclastelor care provin din celulele măduvei osoase. Resorbția este efectuată de o interfață specială a osteoclastelor numită margine rugoasă. La acest nivel pH-ul acid dizolvă componentele minerale osoase iar enzimele proteolitice digeră proteinele din matricea organică mai ales pe cele care conțin hidroxiprolină. Mici cantități de colagen osos ajung în circulația sanguină. Eliminarea urinară a produșilor de degradare osoasă - dezoxipiridinolina, entolopeptidele, hidroxiprolină - ne permit dozarea acestora și respectiv aprecierea nivelului de pierdere osoasă dar și stabilirea unui prognostic în conținutul mineral osos, respectiv răspunsul organismului la terapie.

Osteoblaștii în timpul procesului de formare osoasă sintetizează și eliberează componenți proteici ai matricei osoase. Un marker important și fiabil al formării osoase este fosfataza alcalină osoasă care poate fi dozată în sânge. în ultimii ani, a fost descoperită în os și în dentină o proteină non colagenică putând fi utilizată și ea ca marker - osteocalcina sau proteina GLA osoasă. Eliberarea serică de osteocalcină este accelerată în timpul turnover-ului din postmenopauză și este redusă în tratamentul cu glicocorticoizi.

Caracteristici clinice ale osteoporozei:

- fracturi fără nici un alt semn inițial;
- pierderea graduală a înălțimii datorată unor fracturi vertebrale prin simpla compresiune;
- cifoză dorsală;
- dureri cronice de spate;
- abdomen inferior protuberant;
- probleme respiratorii; disfuncții pulmonare;
- fracturi de coapsă.

Examenul clinic în menopauză

Este necesar un examen complet și minuțios. Se vor palpa cu atenție sânii în deea depistării unui cancer sau a unei distrofii. Se vor examina vulva și perineul, se va aprecia gradul lor de atrofie.

Examenul cu valve al colului va fi urmat obligatoriu de recoltarea pentru un îrotiu Papanicolaou. Tușeul vaginal va avea ca scop aprecierea volumului și consistenței corpului uterin și căutarea unei mase tumorale anexiale.

Examinări complementare

în general simptomatologia menopauzei este destul de caracteristică pentru a -necesita examinări paraclinice. Putem însă utiliza câteva dintre ele: CTB, dozările olasmatice FSH, LH, *E^.*

Premenopauza se va caracteriza prin:

- CTB variabilă cu platou inexistent sau scurt;
- FSH plasmatic crescut, LH normal;
- estradiol crescut, progesteronul sub 10 ng/l.

în menopauza confirmată:

- CTB este plajă;
- creștere considerabilă a FSH, o creștere moderată a LH, și o scădere marcată a E^.

Tratamentul menopauzei

Tratamentul premenopauzei

Suntem într-o perioadă în care predomină deficitul în progesteron, deci vom indica un progestativ administrat ziua 15 - 25 a ciclului.

în cazul în care există o patologie (hiperplazie de endometru, miom, mastopatie benignă) progestativul poate fi administrat ziua 5 - 25 cel mai utilizate fiind Orgametrilul (5 mg/zi) sau Norluten (10 mg/zi).

Tratamentul se va efectua până la apariția amenoreei în perioadele de pauză sau uneori chiar în cursul tratamentului. Totuși nu vom afirma că menopauza este instalată decât pe baza unor argumente {*E^* < 50 pg/ml și FSH > 10 ng/ml).

Tratamentul menopauzei confirmate - \n principiu există două situații:

1. Considerarea menopauzei ca o etapă normală a vieții genitale și deci să ne abținem de la orice tip de tratament.

2. Efectuarea unui tip de tratament substitutiv estro - progestativ în ideea evitării complicațiilor datorate deficitului estrogenic.

în mod logic se vor administra estrogeni, dar administrarea lor sistemică trebuie să fie contrabalansată prin utilizarea la intervale regulate a unui progestativ. Există o multitudine de preparate care se utilizează. Astfel:

* Preparate cu resorbție transcutană:

- Estraderm TTS 50, care se aplică de două ori pe săptămână din prima până în 25-a zi a lunii și care trebuie să fie asociat cu un progestativ administrat ziua 11 - 25-a. Acesta poate fi: Lutenil -1 tb./zi; Sugestone 250 - 2 tb./zi; Coiprone 5 - 2 tb./zi.
- Estracomb TTS are resorbție transcutană și este o combinație estro - progestativă nenecesitând o combinație.

* Estrogenul poate fi administrat și per os. Dar întotdeauna trebuie să fie 17 b estradiol și în combinație cu un progestativ. Cele mai uzuale preparate sunt: Trisequence, Kliogest, Ciclo - Progynova, Climene. Administrarea se face zilnic, un comprimat, pe cât posibil la aceeași oră.

Femeilor histerectomizate nu este cazul să li se administreze progestative, nemaiexistând endometru care să fie hiperstimulat. Se administrează Estrofem -1 tb./zi.

Dacă tratamentul substitutiv hormonal este contraindicat sau este refuzat de femeie se pot trata izolat diferitele tulburări ale menopauzei:

- valurile de căldură: - Abufene - 2 - 4 comprimate/zi:
- nervozitatea: sedative: Distonocalm - 1 - 2 comprimate/zi;

* Pentru tulburările trofice locale se pot utiliza preparate estrogenice cu aplicare vaginală: Colpotrophine, Vagifem, Ovestin.

* Tratamntul osteoporozei

Utilizarea terapiei estrogenice de substituție reduce riscul de fractură de șold cu circa 50%, efectul benefic al ERT se vede mai bine la femeile cu ovarectomie care au pierderi mult mai crescute prin resorbție osoasă prin pierderea producției totale de estrogeni ovarieni, androstendion și testosteron. Odată cu pierderea estrogenilor

în perimenopauză şi menopauza naturală creşte şi resorbţia osoasă datorită creşterii activităţii osteoblastice. Creşte şi formarea osteoblastică de os dar inevitabil nivelul de formare osoasă nu reuşeşte să facă faţă celui de pierdere osoasă. Tratamentul cu estrogeni normalizează nivelul de resorbţie şi favorizează formarea de os. Supresia activităţii osteoblastice de către estrogeni este mediată de către citokine, substanţe ce au şi rol în creşterea activităţii osteoblastice. Şi progestativele au o acţiune antiresorbţie, androgenii stimulând în principal activitatea osteoblastică având şi o oarecare activitate antiresorbţie. în ceea ce priveşte estrogenii dozele necesare pentru a garanta o păstrare a masei osoase variază mult de la individ la individ.

Femeile din menopauză care au ovarele şi au un aport adecvat de calciu în raport cu greutatea corporală, au capacitatea de a menţine bilanţul osos la cantităţi mult mai mici de estrogeni decât femeile care au avut o menopauză chirurgicală. Doze scăzute (0,3 mg de estrogeni esterificaţi sau conjugaţi) un aport adecvat de Ca pot da protecţie contra pierderii osoase. Dozarea estrogenilor trebuie să fie personalizată în funcţie de greutatea corporală, starea ovarelor, vârsta, alte simptome de menopauză.

ERT, Ca şi exerciţiile fizice pentru menţinerea greutăţii sunt o combinaţie eficace în prevenirea şi tratarea osteoporozei. Aportul de vitamina D este de intens scăzut dar trebuie să fie luat în consideraţie la femeile în vârstă şi care au o expunere scăzută la soare. Alendronatul este un inhibitor selectiv al activităţii osteoblastice, eficace şi poate fi utilizat atât în tratament cât şi în prevenţie. Tratamentul cu Alendronat creşte densitatea minerală osoasă cu 3 - 5% pe an şi reduce semnificativ pierderea de înălţime şi frecvenţa fracturilor vertebrale. Combinarea Alendornatului cu estrogeni nu a fost bine studiată dar date recente arată că această combinaţie este salutară şi eficace.

Recent, Food & Administration a aprobat utilizarea de Raloxifen, un modulator selectiv al receptorilor de estrogeni. Uzul cotidian de Raloxifen produce o creştere a masei minerale cu 2 - 3 % mai mult decât utilizarea de placebo şi suplimentarea cu calciu. Avantajul faţă de estrogeni este că nu are efect pe endometru evitând astfel sângerările, reduce riscul de cancer mamar prin acţiunea antiestrogenică, dar nu au fost demonstrate efectele favorabile pe sistem cardiovascular şi nervos.

Femeile în postmenopauză cu nivele scăzute de testosteron au o mai mare frecvenţă la fracturile vertebrale. Este de notat că testosteronul stimulează formarea osoasă când este adăugat terapiei estrogenice şi este în mod particular eficace în creşterea densităţii osoase la femeile ovarectomizate. într-un studiu efectuat pe femei în postmenopauză markerii de resorbţie osoasă - dezoxipiridinolina urinară şi hidroxiprolina - se reduc în manieră similară şi la terapia estrogenică pe cale orală şi la asocierea estrogenilor cu androgeni dar markerii formării osoase au fost semnificativ mai mari când a fost utilizată asocierea androgeni - estrogeni.

Alte tratamente antiresorbţie sunt vitamina D, bifosfonaţi, progestativele şi calcitonina. Un alt medicament antiresorbţie utilizat astăzi este Tibolonul, un steroid de sinteză derivat din 17 hidroxinorpregnenolon care are proprietăţi estrogenice, androgenice şi progestative. Tibolunul previne pierderea osoasă fără a produce hiperplazie de endometru. Alţi agenţi care cresc formarea osoasă sunt: steroizii anabolizanţi, parathormonul şi florura de sodiu.

Alte strategii pentru prevenirea osteoporozei sunt păstrarea ovarelor şi promovarea unui stil de viaţă sănătos.

Markerii de resorbţie osoasă pot să fie utilizaţi clinic pentru a aprecia densitatea minerală osoasă dar prima care poate diagnostica osteoporoza este radiografia de rutină cu condiţia să fie pierdut cel puţin 25% din os.

Tomografia computerizată poate aprecia ambele compartimente corticală și trabeculară, evaluarea ecografică nu este foarte sensibilă dar poate fi folosită ca și screening .

Senilitatea

După perioada climacterică, caracterizată de variate modificări ale echilibrului liormonal în organismul femeii, determinate în special de încetarea funcției ovariene urmează o ultimă etapă de reechilibrare și liniște hormonală - senilitatea (senium).

Atrofia ovarelor, încetarea practică a funcției acestora readuce organismul femeii senile într-o stare de inactivitate endocrină sexuală, asemănător întrucâtva copilăriei, modificările consecutive ale caracterelor sexuale, ștergând treptat diferențierea dintre sexe.

Pe plan endocrin, secreția ovariană fiind absentă, cantitatea redusă de estrogeni prezentă în organism este de origine, în special, suprarenală, eventual mezenchimală. Androgenii de origine suprarenală domină tabloul endocrin sexual și explică gradul de virilizare caracteristic femeilor în vârstă. Involuția senilă interesează mult mai puțin restul glandelor endocrine. Reflectate apoi asupra diferitelor sisteme și organe acest nou context hormonal este caracterizat în primul rând de atrofia organelor genitale explicând unele aspecte patologice caracteristice: colpita distrofică senilă, metritele senile, distrofiile și krauroza vulvară, etc.

Tendința de catabolism în dauna anabolismului, deshidratarea, modificarea coloizilor tisulari duc la o scădere a lichidelor organice în ansamblul lor și la apariția unui aspect de uscare a organismului.

Pe plan nervos și psiho - emoțional echilibrarea hormonală aduce o stare de calm compensând agitata perioadă climacterică, dar carența hormonală, pe de altă parte contribuie la progresiunea arteriosclerozei cerebrale, încetinirea proceselor psihice și intelectuale, creșterea incidenței bolii Alzheimer. Aceste aspecte justifică tratamentul de substituție hormonală general și local ameliorând substanțial calitatea vieții femeii în vârstă.

Patologie specifică

* *Metroragiile:* trebuie întotdeauna să ne determine să căutăm un proces malign, endometrial al colului dar nu trebuie să uităm că și un cancer ovarian poate prezenta acest simptom.

Alte cauze pot fi atrofia sau hiperplazia de endometru.

* *Durerile pelviene:* pot să fie datorate unui cancer ovarian, tușeul vaginal dând informații incomplete este bine să se efectueze o ecografie.

* *Pruritul vuivo- vaginal:* este unul dintre simptomul cel mai frecvent întâlnit și pentru orice tratament trebuie avut și avizul dermatologului. Dacă am eliminat diagnosticul de cancer vulvar și în absența oricărei leziuni identificabile, primul gest terapeutic va fi oprirea administrării oricărui produs care potențial poate avea efect caustic sau alergizant. Pentru toaletă locală se va folosi un săpun neutru și soluție de hipermanganat și se va administra un estrogen pe cale orală (Ovestin - 4 tb./zi - 20 de zile).

Doar după ce am eliminat orice fel de cauză (infecție locală, vulvite de contact, dermatoze, epiteliomul) sau patologii regionale (incontinența urinară, paraziteze intestinale, hemoroizi, fisuri anale), boli generale (diabetul, boala Hodgkin, hipertiroidii) se poate face și tratament cu aplicații locale de estrogeni (Vagifem, Colpotrophine, etc.)

* *Leucoreear.* adesea leucoreea este striată cu sânge și cel mai adesea este expresia clinică a unei vaginite atrofice. Tratamentul constă în administrarea de estrogeni cu tropism vaginal iar în cazul în care există și o asociere etiologică, tratamentul se va face în funcție de agentul specific izolat. în caz de germeni banali se va asocia Colposeptin-ul și un agent antiinfecțios. Persistența leucoreei trebuie să ne facă să ne gândim la hidroree sau la pioree, acestea putând fi legate de o patologie de endometru.

* *Dispareuniar.* ea este legată cel mai frecvent de carența estrogenică. După eliminarea oricărei cauze organice și în special a vaginitei, se va face tratament cu substitutivi cu estrogeni ce au acțiune vuivo - vaginală.

Principalele preparate comerciale:

Denumire comercială	**Compoziție**	**Cale de administrare**
Estrofen	2 (4) mg estradiol	oral
Ovestin	0, 25 (1;2) mg estradiol	oral
Climara	3,9 (7,8) mg estradiol	transdermic
Estraderm TTS 25	25 (50; 100)|jg estradiol/zi	transdermic
Ovestin	1 mg estradiol/gr. cremă	vaginal
Riselle	25 mg estradiol	implant
Cyclo - Progynova	2 mg estradiol valerat 2 mg estradiol valerat + 0,5 mgnorgestrel	oral
Climen	2 mg estradiol valerat 2 mg estradiol valerat + 1 mg ciproteron acetat	oral
Femoston	17-beta estradiol 17-beta estradiol + didrogesteron	oral
Trisequens	2 (4) mg estradiol 2 (4) mg estradiol + Img noretisteron acetat 1 mg estradiol	oral
Kliogest	1 mg estradiol + Img noretisteron acetat	oral
Estracomb TTS	50 jjg estradiol/zi + 0,25 mg noretisteron acetat	transdermic

TULBURĂRI DE FLUX MENSTRUAL

AMENOREEA PRIMARĂ ȘI SECUNDARĂ, OLIGO-SPANIOIVIENOREEA, HIPOMENOREEA

Obiective

* Cunoașterea principalelor cauze de amenoree;
* Cunoașterea interpretării curbei ternnice bazale la o femeie cu amenoree;
* Cunoașterea principalelor explorări necesare pentru diagnosticul etiologic în amenoree.

Amenoreea - este lipsa fluxului menstrual lunar. O denumim amenoree primară în situația absenței menarhei la o fetiță care a depășit vârsta de 16 ani, și amenoree secundară în cazul în care suntem în fața unei lipse de menstruație într-o perioadă mai lungă de trei luni.

Amenoreea fiziologică este lipsa fluxului menstrual înainte de pubertate, în sarcină, în perioada de alăptare și în menopauză. Orice altă formă de amenoree reprezintă o stare patologică și trebuie considerată ca un sindrom grav datorat unor tulburări funcționale sau unor afecțiuni organice.

în funcție de organul afectat, amenoreea poate fi clasificată astfel:

1. Amenoree de origine centraiă:

a. *Amenoree hipotalamică:* datorată unor tulburări funcționale psihosomatice sau unor afecțiuni care determină o inhibare a eliberării gonadotrofinelor (amenoree de stres, sarcină închipuită). Tot în această categorie intră și amenorea pur funcțională (amenorea din post - partum, sindromul Chiari - Frommel).

b. *Amenoree hipofizară,* de regulă are o cauză organică (prolactinom, sindromul Sheehan).

2. Amenoree ovariană:

a. *funcțională* (insuficiență ovariană);

b. *organică* (hipoplazie ovariană, tumori ovariene, ovare polichistice).

3. Amenoree uterină: este de natură organică (malformații uterine, sindromul Asherman).

4. Amenorea asociată altor endocrinopatii, cel mai frecvent afecțiuni ale corticosuprarenalei (boala Adisson, sindrom adreno-genital, tumori), ale tiroidei (hipotiroidismul și hipertiroidismul și în diabetul zaharat). Amenorea poate apare ca un simptom și în boli sistemice grave, cașectizante sau ca o manifestare secundară a unui tratament farmacologic cu preparate hormonale, fenotiazine, rezerpină, etc.

Oligomenorea - hemoragia menstruală survine la intervale de peste 35 de zile dar are durată și intensitate normală.

Oligo-hipomenorea - hemoragia menstruală este în cantitate redusă la intervale de peste 35 de zile.

Principala cauză a oligomenoreei și oligo-hipomenorei este o fază foliculară prelungită, faza luteinică fiind de obicei de durată normală.

Spaniomenorea - cicluri mai lungi de 45 de zile.

A. Amenorea primară este o patologie dificil de abordat atât datorită cauzelor etiologice multiple cât și datorită situației speciale din punct de vedere psihologic în care se află pacienta.

Anamneză - trebuie să fie foarte minuțioasă. Medicul va insista asupra:

- greutatea la naștere, curba de creștere ponderală și a înălțimii;
- dacă pacienta cunoaște circumstanțe particulare survenite în timpul sarcinii la mamă (medicație în special hormonală) sau la naștere (suferință neo-natală);
- vârsta pubertății la mamă, eventual, caracterul ciclurilor menstruale la surori;
- elemente de interogatoriu care să pledeze pentru disfuncție tiroidiană sau suprarenală;
- antecedente de tuberculoză;
- traumatisme organice sau psiho-afective în antecedente;
- intervenții chirurgicale sau tratamente radio-terapice în antecedente;
- aprecierea profilului psihologic.

Examenul general - va aprecia;

- morfotipul, înălțimea, greutatea actuală;
- aspectul pilozității la nivelul membrelor, feței, toracelui;
- existența acneei acompaniate de seboree;
- dezvoltarea glandelor mamare și a pilozității pubiene;
- prezența galactoreei.

Examenul ginecologic

- inspecția vulvei și a himenului, se va aprecia dezvoltarea labiilor mari, labiilor mici, mărimea clitorisului, locul de deschidere a uretrei, distanța uretro-clitoridiană.
- tușeul rectal va aduce date asupra existenței corpului uterin și se va căuta prezența eventuală a unei tumori ovariene latero - uterine.
- examenul cu speculum, dacă este posibil se utilizează un speculum pentru virgine. Examenul este necesar pentru a aprecia dimensiunile vaginului și pentru a preciza existența colului uterin.

Examinări complementare

în funcție de rezultatul examenului clinic se vor efectua:

- curba termică care poate obiectiva o activitate ovariană;
- dozarea FSH, LH, prolactină.

în funcție de rezultate se mai pot indica:

- radiografie de șa turcească, fund de ochi și câmp vizual;
- cariotip cu căutarea corpusculului Barr.

Diagnostic etiologic - este orientat de examenul clinic în funcție de caracterele sexuale secundare.

I. Caractere sexuale secundare normale

în primul rând trebuie căutată o malformație a aparatului genital dar nu trebuie scăpată din vedere o eventuală tuberculoză sau un testicul feminizant.

a. Malformațiile aparatului gen/ta/

Ele duc la două tipuri de amenoree: una asimptomatică, cealaltă însoțită de dureri ritmice care survin sub formă de crize în fiecare lună.

Amenoree dureroasă

Se va căuta:

* o imperforație a himenului, cauză a unui hemato-colpos +/- hematometrie;
* anomalii ale colului uterin sau malformații uterine, imperforații cervicale sau aplazie a domului vaginal, nu se vizualizează colul dar la tușeu se simte corpul uterin;
* absența congenitală a vaginului cu uter funcțional (sindrom Rokitansky cu uter funcțional).

Amenoree nedureroasă

Se va căuta:

* aplazie congenitală a vaginului și uterului (sindrom Rokitansky Kuster).

b. Tuberculoza genitală

Ea poate să ducă la amenoree primară. Morfotipul este feminin, creșterea este normală. Ovarul este funcțional (gonadotrofine normale), examenul ginecologic relevă organe genitale interne normale dar histerometria este imposibilă. Amenorea se datorează unei simfize uterine totale datorită atingerii tuberculoase a endometrului și a miometrului din apropierea mucoasei.

Distrugerea completă a receptorilor hormonali endometriali face ca amenorea să fie cel mai adesea ireversibilă.

c. Testicului feminizant

Morfotipul este feminin (sâni și organe genitale externe normale) dar pilozitatea axilară și pubiană este mai rară, la baza labiilor mari se găsesc două mici formațiuni care corespund gonadelor iar la tușeul rectal lipsește uterul.

Pentru confirmarea diagnosticului se utilizează dozările hormonale: secreția testosteronică este de tip masculin, nivelul seric al estrogenilor este foarte scăzut.

Cariotipul este 46 XY, iar cromatina sexuală este negativă.

II. Caractere sexuale secundare de tip masculin

Trebuie să ne gândim fie la tumori ovariene sau suprarenale, sau la o hiperplazie congenitală a suprarenalei.

a. Tumori virilizante

Ele determină un virilism evolutiv cu hipertrofie clitoridiană și hirsutism.

Testosteronul plasmatic are valori mai mari de 2 ngr./ml.

Tumoarea poate să fie de origine ovariană (nivel seric crescut al androstendionului cu o diminuare a FSH și LH) sau de origine suprarenală (o creștere predominantă a DHA cu nivele scăzute a ACTH).

b. Hiperplazie congenitală a suprarenalei

Afecțiunea este caracterizată printr-un deficit enzimatic ce perturbă sinteza steroizilor. Virilismul este moderat iar dozările hormonale vor arăta un testosteron FSH și LH normal și o creștere a dezoxicortizolului și a 17 alfa OH-progesteronului.

Tratamentul constă în administrarea de dexametazonă 0,5 -1 mg/24 h aceasta blocând secreția de ACTH endogen cu o diminuare a producție androgenice. Tratamentul poate avea ca efect cicluri menstruale ovulatorii.

III. Caractere sexuale secundare absente

Un examen fundamental absolut necesar pentru diagnostic este radiografia mâinii (se caută sesamoidul degetului mic), dacă există o fuziune între cartilajul de conjugare a primului metacarp de la prima falangă cu extremitatea inferioară a cubitusului.

a. Sesamoidul degetului mic absent - denotă imaturitatea pacientei (vârsta osoasă nu a ajuns la 13 ani). Se va căuta cauza care a întârziat maturarea fizilogică: boli cronice debilitante, nefropatii, anomalii cardiace, carențe nutriționale.

Poate fi vorba și de o simplă întârziere a pubertății adesea cu caracter familial. Trebuie așteptat cu răbdare administrarea unui tratament estrogenic putând bloca axa hipotalamo-hipofizară.

h. Sesamoidul degetului mic prezent

Acest aspect radiologie atestă atingerea vârstei pubertății. Suntem în fața unui impuberism a cărui cauză trebuie căutată. Se va doza FSH și LH.

Dacă FSH și LH sunt cu nivele crescute este vorba de o amenoree de origine periferică sau ovariană și ne vom gândi la:

- *Sindrom Turner.* corpuscul Barr negativ, cariotip 45 XO;
- *Disgenezie gonadicâ fără malfomație:* morfotip normal, ovar redus la o bandeletă, cariotip normal sau mozaic.

Dacă FSH și LH sunt normali sau scăzuți se va căuta o cauză endocrină, generală, sau hipotalamo-hipofizară.

* Cauză endocrină
  - hipotiroidie frustă; displazie olfacto-genitală (aplazie sau atrofie a lobului olfactiv)

* Cauză generală
  - nefropatii;
  - tratamente prelungite cu corticoizi;
  - mainutrții severe.

* Cauze hipotalamo-hipofizare
  - leziune organică (meningo-encefalite, gliom al nervului optic, cranio-faringiom, hidrocefalie latentă, sechele ale toxoplasmozei congenitale, procese expansive ale șeii turcești;
  - sindromul adiposo-genital (impuberism și obezitate).

Tratament

Trebuie subliniat încă o dată necesitatea unui diagnostic etiologic înaintea oricărui demers terapeutic. Un tratament hormonal nejustificat reprezintă o mare eroare.

Amenorea datorată tumorilor virilizante beneficiază de tratament chirurgical, prognosticul fiind stabilit după examenul histopatologic. De aceiași sancțiune terapeutică beneficiază și malformațiile aparatului genital în funcție de tipul malformației.

în tuberculoza genitală se va face tratamentul antituberculos dar din păcate de cele mai multe ori sinechia este practic imposibil de debridat.

în hiperplazia congenitală a suprarenalei se va administra dexametazonă în doze de 0,5 -1 mg/24 h.

Amenoreileîn care valorile FSH și LH sunt crescute se vor induce cicluri artificiale utilizând estroprogestatine.

în amenoreele funcționale hipotalamo-hipofizare însoțite de impuberism se vor prescrie cicluri artificiale.

Amenoreele organice necesită tratamentul cauzei etiologice.

B. Amenoreea secundară

Anamneză

După un examen general de bază și după stabilirea antecedentelor familiale, personale, fiziologice, medicale, chirurgicale și ginecologice ale pacientei prima întrebare va încerca să elucideze calendarul menstrual al ultimelor luni. Deși pare simplu, de multe ori este dificil de a obține date coerente. Din acest moment prin întrebările pe care le punem va trebui să obținem următoarele date:

- modul de apariție al amenoreei (oprire bruscă a ciclului menstrual la o femeie cu cicluri regulate, sau evenimentul survine după o perioadă de spaniomenoree cu agravare progresivă);
- o schimbare în modul de viață a pacientei (schimbarea locului de muncă, șoc psiho-afectiv);
- o modificare recentă a greutății (denutriție, anorexie);
- chiuretaj recent (avort spontan sau întrerupere terapeutică a sarcinii, stări patologice în lăuzie);
- tratamente recente cu substanțe hormonale sau neuroleptice;
- raport sexual fecundant recent.

Examen clinic

Examenul clinic va începe cu examenul general încercând să evalueze prezența unei obezități relative sau stare de cașexie, practic să ne asigurăm dacă raportul înălțime/greutate este corect.

Se vor căuta semne ale unor endocrinopatii: față în lună plină și vergeturi pentru sindromul Cushing; creșterea în volum a glandei tiroide sau alte semne ale unor sindroame cunoscute.

Se va aprecia distribuția pilozității dar de obicei pacienta se plânge spontan de prezența acneii, a hirsutismului pe față și pe membre.

Se examinează glandele mamare nescăpând din vedere să se exercite o presiune pe mamelon pentru a evidenția galactorea.

Examenul ginecologic

Va începe cu inspecția organelor genitale externe apreciind și culoarea și starea de troficitate a mucoaselor. Tușeul vaginal va evalua volumul, consistența, forma și poziția uterului și anexelor.

La examenul cu valve se va aprecia caracterul glerei cervicale și dacă se suspectează o stenoză cervicală se poate face în același timp o histerometrie.

Examinări complementare

* Un test de sarcină sau o ecografie vor elimina sarcina ca și cauză a amenoreei;
* Frotiul vaginal aduce date despre gradul de impregnare hormonală a mucoasei vaginale;
* Studiul cristalizării pe lamă a glerei cervicale (testul frunzei de ferigă);
* Biopsia, de preferat, se execută cu sonda Novak, studiul histologic al endometrului ne va indica receptivitatea acestuia la hormonii ovarieni;
* Dozări hormonale
  - FSH, LH, prolactină;
  - Estronă, estradiol, progesteron și 17 alfa- OH progesteron;
  - Testosteron total și liber, androstendiol.
* Histerosalpingografie, mamografie, Rx șa turcească (dacă este necesar).

Diagnostic

Ansamblul examinărilor efectuate ne permite de a situa cauza amenoreei sau oligo - spaniomenoreei la nivel uterin, ovarian, sau hipotalamo-hipofizar.

1. *La nivel utarin*

Sinechii endo-uterine - reduc suprafața funcțională a endometrului și cel mai adesea sunt datorate unui chiuretaj prea energic și urmat de endometrită (sindrom Ashermann). Diagnosticul se bazează pe dificultatea de penetrare în cavitatea uterină în tentativa de explorare a acesteia și pe imaginea histerografică caracteristică. în aceste cazuri histeroscopia are un important rol atât diagnostic cât și terapeutic.

Foarte rar dispariția endometrului poate fi datorată unei endometrite tuberculoase: biopsia va pune în evidență foliculii tuberculoși și vom avea cultura din sângele menstrual pozitivă.

Stenozele cervicale iatrogene sunt rare și ele pot fi suspectate în urma anamnezei care confirmă o explorare a colului uterin sau o electrocauterizare recentă.

în principiu în aceste cazuri dozările hormonale sunt normale.

2. La nivel ovarian

Ovarul este cauză de amenoree și/sau oligo - spanimenoree în trei situații: tumori ovariene hormono - secretante, menopauză precoce și sindromul ovarelor micropolichistice (sindromul Stein - Leventhal).

a. Tumorile hormono-secretante ovariene sunt tumori tecale sau de granuloasă care secretă mari cantități de estrogen. Există de asemenea mai rar tumori secretate de androgeni (adenom, arenoblastom).

Diagnosticul se bazează pe dozările hormonale și ecografie dar și pe aspectul clinic de hiperestrogenie sau virilizare în funcție de caz.

b. Menopauza precoce. Ovarul nu mai răspunde stimulării gonadotraofinelor, iar concentrațiile sanguine ale estrogenilor și progesteronului sunt foarte scăzute. Nemaiexistând "feed-back-ul negativ" nivelele sanguine ale gonadotrofinelor sunt foarte ridicate și în special FSH.

Diagnosticul se stabilește prin dozările hormonale dar și pe manifestările clinice caracteristice menopauzei (bufeuri, irascibilitate, insomnie, etc).

c. Sindromul Stein - Leventhal. Afecțiunea este caracterizată printr-un răspuns insuficient a ovarului la stimularea FSH, printr-un nivel crescut al LH-ului și printr-o lipsă de luteinizare al foliculului. Fiecare folicul lasă în urma sa "un microchist" și repetarea fenomenului transformă ovarul în ovar micropolichistic dureros.

Diagnosticul este dificil pentru că există grade variabile ale atingerii ovariene (sindroame paraștainiene).

Clinic pacienta prezintă o oligo-spaniomenoree secundară care se agravează progresiv și anovulație.

Estrogenizarea receptorilor este medie astfel încât endometrul poate fi ușor hiperplazic datorită lungimii ciclului. Sindromul poate prezenta și o ușoară virilizare cu hirsutism, simptome inconstante. Diagnosticul se bazează pe examenul clinic și pe dozările hormonale: LH crescut, nivele scăzute de estrogeni, progesteron absent, 17 alfa- OH progesteronul este adesea crescut, la fel și androgenii de origine suprarenală în caz de virilizare.

Un rol important în diagnostic îl are laparoscopia care va evidenția ovare mărite de volum cu suprafață netedă (ovare de porțelan și care permite efectuarea biopsiei ovariene.

3. *La nivel hipotalamo - hipofizar*

în toate situațiile vom găsi o secreție foarte scăzută a gonadotrofinelor cu o absență a ovulației deci progesteron absent și o secreție estrogenică, în general scăzută dar cu concentrație variabilă.

a. Sindromul StieehanesXe forma cea mai brutală. Are o anamneză caracteristică respectiv hipofiza anterioară este distrusă în urma unei ischemii acute din cadrul unei hemoragii din delivrență. Pornind de la acest moment se instalează brutal tabloul clinic a unei insuficiențe hipofizare totale, alături de insuficiența ovariana apar și semnele unor insuficiențe tiroidiene și cortico-suprarenale.

b. Hiperprolactinemia Clinic se disting două forme:

* Hiperprolactinemia adevărată: amenoree - galactoree cu nivele foarte ridicate ale prolactinei.
  Pentru diagnostic se va efectua un Rx șa turcească pentru a putea pune în evidență un eventual adenom hipofizar.

* Hiperprolactinemie moderată - tulburările ciclului menstrual nu depășesc stadiul oligo-spaniomenoreei și galactorea poate lipsi. Pentru tranșarea diagnosticului adesea este necesar testul de stimulare cu TRH.

c. Amenorea nervoasă

* Amenorea psihogenă - este cea mai frecventă și adesea pacienta prezintă tabloul clinic al unei anorexii mentale sau tulburări psihice profunde care antrenează fie refuzul hranei, fie dimpotrivă, o bulimie cu instalarea obezității.

Nu trebuie scăpat din vedere că și un simplu stres emoțional poate sta ia originea amenoreei (deces în familie, divorț, conflict familial, etc.)

în toate cazurile dozările hormonale vor arăta o scădere a gonadotrofinelor, prolactină normală, androgeni normali, iar funcția ovariana cu carențe variabile ce caracterizează fie o insuficiență luteală fie o insuficiență dublă luteală și foliculară.

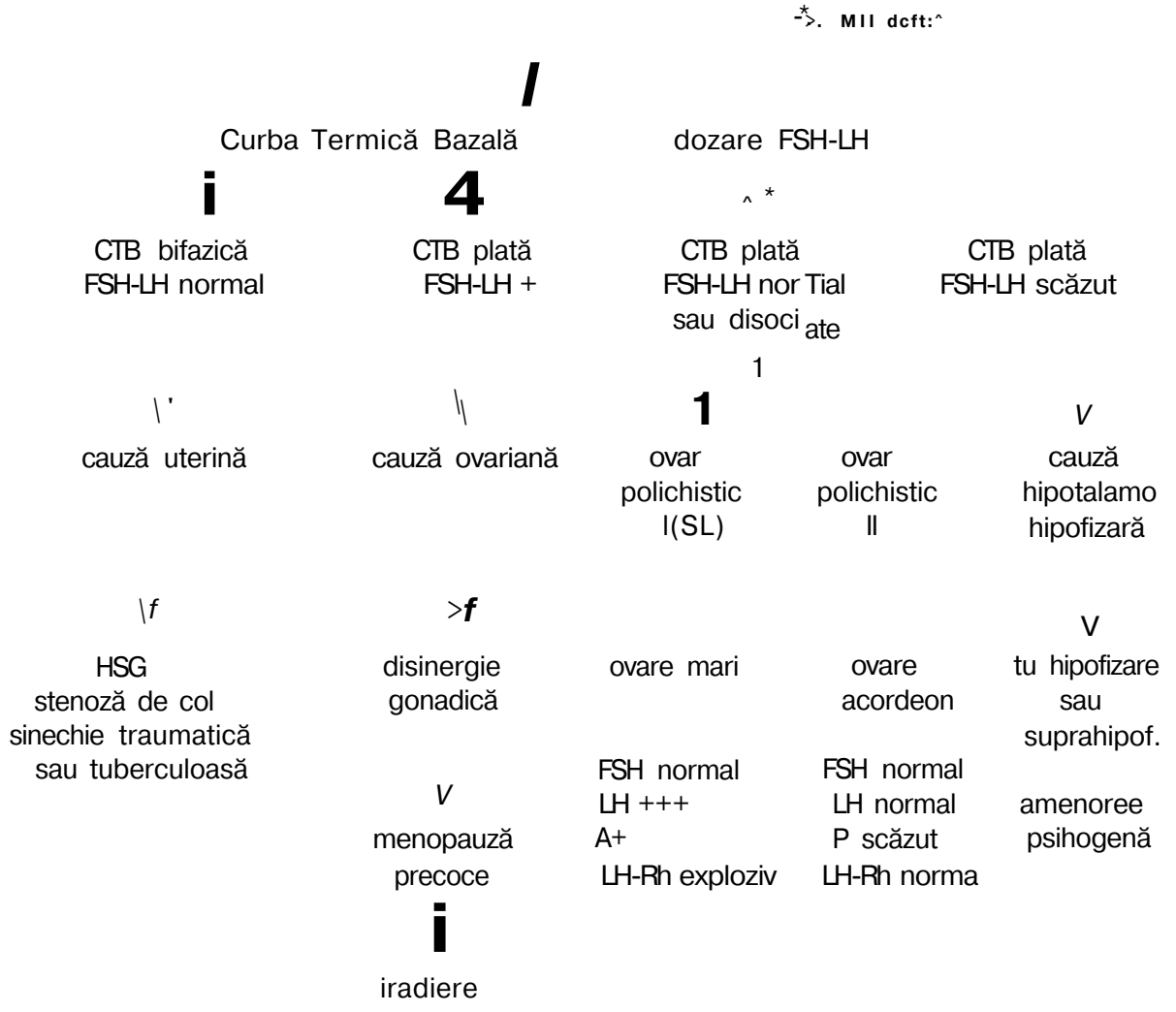
La baza tuturor acestor tulburări stă o disfuncție hipotalamo - hipofizară.

* Leziuni ale sistemului nervos central. Diverse sechele apărute după encefalite, tumori cerebrale sau traumatisme craniene pot fi responsabile de o disfuncție hipotalamo - hipofizară.

Diagnosticul în practica cotidiană

în practică trebuie eliminate prin anamneză, examen clinic şi câteva teste simple existenţa unei sarcini, tratamente contraceptive, alte medicamente care pot interfera cu funcţia hipotalamo - hipofizo - ovariană precum şi cauzele organice: sinechia uterină, stenoza cervicală, tumori ovariene, sindromul Sheehan, leziuni ale SNC, boli grave, etc. în continuare vom utiliza în diagnostic dozările hormonale, curba termică bazală, tabloul clinic care ne vor conduce spre diagnostic.

Demersul diagnostic este schiţat în figura următoare:



Tratament

1. *Amenoreea, oligomenoreea şi hipomenoreea de origine uterină.*

Sinechiile sunt debridate sub control histeroscopic şi se aplică un sterilet pentru o perioadă de 2 - 3 luni pentru a evita refacerea aderenţelor.

Prescrierea concomitentă a unui tratament estroprogestativ favorizează refacerea endometrului iar un tratament antibiotic va determina vindecarea endometritei asociate, în caz de tuberculoză se va face tratament tuberculostatic.

Stenozele de col vor fi tratate prin dilatarea canalului cervical.

2. Amenoreea și oligo - spanimenoreea de origine ovariană

Tumoriile ovariene vor fi extirpate chirurgical, întotdeauna se va face un examen histopatologic adesea acestea fiind maligne.

Menopauza precoce. Rezistența ovariană la FSH este ireversibilă, singurul tratament logic este administrarea de substitutive cu estroprogestative specifice menopauzei. Aceste tratamente vor determina nu numai revenirea ciclului menstrual cât și amendarea simptomelor menopauzei și protecția față de osteoporoză ulterioară prin carența estrogenică.

în sindromul ovarelor micropolichistice suntem în fața a două situații:

a. Dacă nu există dorința procreării tratamentul se va face cu un antiovulator hormonal alegându-se un complex secvențial cu o doză mare de estrogeni și / sau un antiandrogen complex (Diane") dacă există hirsutism.

Dacă există și un exces de androgeni de origine suprarenală se va face tratament cu Dexametazon în doze de 0,5 - 2 mgr./zi.

b. Dacă există dorința de a avea o sarcină se va face o stimulare cu Clomifene"^ prelungită ceea ce va permite în majoritatea cazurilor obținerea unei ovulații, proprietățile sale antiestrogenice rupând cercul vicios de la nivel hipotalamic.

în caz de eșec se va recurge la rezecția cuneiformă a ovarelor.

3. Amenoreea și oligomenoreea de origine hipotalamo - hipofizară

- Sindromul Sheehan necesită terapie substitutivă la toate nivelurile: cicluri artificiale (estro-progestative), hormoni tiroidieni, corticoizi.

- Hiperprolactinemia adevărată - tratamentul constă în administrarea unor preparate dopaminergice: bromcriptină (Parlodel") 2,5 - 10 mgr./zi în două prize; hidrogenomaleat de lisurid (Dopergine^) 0,2 - 0,6 mgr./zi în trei prize.

- în formele grave de adenom hipofizar tratamentul este chirurgical. în general tratamentul medical este considerat ca și necesar în majoritatea cazurilor, el trebuind să fie utilizat timp îndelungat și asociat chiar dacă există o indicație chirurgicală.

- Amenoreea centrală - trebuie să fie tratată cu hormoni ovarieni în scopul de a restabili ciclul menstrual. Aceasta nu exclude însă necesitatea tratamentului afecțiunii cauzal, neurologică sau neuro-psihiatrică. Este recomandabil ca tratamentul să fie aplicat în colaborare cu un psihiatru.

Tratamentul hormonal se alege în funcție de situația endocrină:

* Dacă este afectată doar funcția luteală este suficient să se administreze un progestativ (Duphaston"^ lOmgr./zi; Provera" 10 mgr./zi; Utrogestan"^ 100 mgr./zi; Orgametril" 5mgr./zi - toate preparatele se administrează ziua 15 - 24 a ciclului menstrual);

* Dacă depleția ovariană este mixtă foliculară și luteală se va face un ciclul artificial complet. Se va administra în zilele 5 - 24 un estrogen oral (Progynova" 2mgr./zi, Equgyine'^ 1,25 mgr./zi) și un progestativ în faza a doua a ciclului menstrual, ziua 15 -24 -a de tipul Duphaston", Provera", Utrogestan^, etc.

Tratamentul se va face 3 - 6 luni fiind urmat de o pauză de 1 - 3 luni ceea ce ne va permite să apreciem dacă recuperarea funcțională a axului hipofizo - ovariană a avut loc.

Examenul clinic

* *Examenul fizic generat,* dacă pierderile de sânge sunt importante pacienta poate prezenta semnele unei anemii: paloare, hipotensiune, etc.

* *Examenul ginecologic:* permite inspecția organelor genitale externe cu recunoașterea eventualelor leziuni și evaluarea obiectivă a importanței pierderii de sânge dacă pacienta este în perioadă hemoragică.

* *Tușeul vaginaK* permite evaluarea formei consistenței și volumului uterin cu stabilirea diagnosticului diferențial este sarcină sau fibrom. Dacă hemoragia este de origine cervicală tușeul vaginal poate provoca hemoragia fapt ce trebuie înregistrat.

* *Examenul cu valve,* permite vizualizarea colului și obligatoriu se va recolta pentru testul Papanicolaou. Dacă hemoragia are origine cervicală, se va recolta pentru biopsie, ideal aceasta se va face sub orientare colposcopică.

Dacă a fost exclusă sarcina se va face o biopsie endometrială, recoltarea făcându-se cu sonda Novak, după un tratament hormonal biopsia de endometru fiind neinterpretabilă.

Alte examinări paraciinice

* Hematii, hemoglobina, fier seric pentru a aprecia gradul de anemie;

* VSH, leucocite, formulă leucocitară pentru o eventuală reacție inflamatorie;

* Timp de sângerare, timp de coagulare, trombociți, fibrinogeni, pentru evidențierea unor eventuale tulburări de coagulare.

* Ecografia va confirma lipsa sarcinii și va evidenția, în cazul în care există chiste ovariene sau fibrom.

* Histeroscopia, astăzi din ce în ce mai utilizată, permite vizualizarea originii hemoragiei endocavitare și orientează biopsia.

Diagnostic

I. Leziunile vulvare

Cauză rară de hemoragie, o vom bănui încă din timpul efectuării anamnezei, iar local vom găsi urmele unei: deflorări, viol, infecție genitală sau traumatism direct.

Uneori la femeile în vârstă leziunile vulvare infecțioase, maligne sau premaligne, în contextul atrofiei, pot sângera.

//. Leziunile cervicale

Două leziuni pot cauza o sângerare de origine cervicale: cervicita simplă sau cancerul de col.

Cel mai adesea sângerările sunt postcoital.

Cervicita simplă se poate recunoaște cu ochiul liber dar diagnosticul este stabilit prin citologie și colposcopie.

O ulcerație mare sau polipoasă va necesita obligatoriu o biopsie.

///. Hemoragiile endo - uterine

Cele mai frecvente sunt sângerările din cavitatea uterină și ele necesită un mai mare efort diagnostic.

1. Sarcina deranjată. Dacă anamneză și examenul clinic nu a putut elimina suspiciunea se va face dozarea beta - HCG-ului și ecografie.

2. Dispozitivul intrauterin (steriletul) - poate fi cauza unei sângerări aberante și abundente chiar și în situația în care el a fost plasat cu mulți ani în urmă. Se va face o ecografie pentru localizarea lui.

3. Tulburările de coagulare - aproape întotdeauna sunt descoperite prin anamneză dar testele hematologice trebuie să confirme diagnosticul.

4. Anomaliile de receptivitate hormonală ale endometrului

Sunt o cauză frecventă a meno - metroragiilor, diagnosticul se va stabili prin corelarea aspectului histologic al endometrului cu cronologia ciclului și eventual cu dozările hormonale.

* Atrofia hipoestrogenică este o cauză rară și în general găsim asociat un fibrom submucos. Cel mai frecvent patologia o întâlnim în postmenopauză.

* Hiperplazia hiperestrogenică este o cauză mult mai frecventă și se caracterizează prin lipsa ovulației sau ovulație foarte tardivă, un corp galben cu o viață foarte scurtă sau insuficient fapt ce se materializează prin ruperea echiiibului estroprogestativîn favoarea estrogenilor. Consecința va fi o proliferare endometrială excesivă.

Dozările hormonale relevă o carență progesteronică.

Patologia poate lua trei forme:

- cea mai simplă, endometrul rămâne proliferativ, ovulația tardivă și corpul galben insuficient, ducând la o transformare secretorie minimă;
- adesea endometrul devine hiperplazic, glandele endometriale devin chistice, este hiperplazia glandulo - chistică, formă foarte hemoragică;
- polipoza endometrială este o formă particulară a hiperplaziei endometriale, foarte hemoragică și se dezvoltă în general pe un fond de hiperestrogenie.

* Descuamare neregulată este legată de o maturare neregulată a endometrului. Se crede că persistența corpului galben la sfârșitul ciclului atenuează privația hormonală, descuamarea nu este perfectă și plaje endometriale restante vor fi supuse stimulării hormonale a ciclului următor.

* Vascularizația endometrului prezintă o dezvoltare particulară care este dependentă de echilibrul hormonilor ovarieni. O anomalie în acest echilibru poate fi cauza unei anomalii a rețelei vasculare venoase. Histologic, se observă o dilatare și o fragilizare a lacurilor venoase din stratul superficial al mucoasei ceea ce poate sta la originea unor pierderi de sânge intermenstruale.

* Hemoragiile din timpul administrării de contraceptive nu sunt o patologie alarmantă și în general se datorează unei dozări prea slabe a contraceptivului sau unei administrări incorecte.

5. Cancerul de endometru

6. Endometrita

Se recunoaște la biopsie prin apariția infiltratului limfo - plasmocitar a mucoasei. Uneori pot apărea și semne sistemice ale infecției (hiperleucocitoza, VSH crescut).

Sunt trei cauze de endometrita:

* Infecția ascendentă de la o cen/icită sau de la o hiperleucocitoza (histerometrie, sterilet). în general germenii sunt piogeni banali (colibacili).

* Infecția descendentă, însămânțarea cavității de la o salpingită.

Trebuie citată endometrita tuberculoasă provenită de la o salpingită. Diagnosticul se stabilește prin biopsie endometrială la sfârșit de ciclu când pot fi puși în evidență foliculii tuberculoși și prin cultură din sângele menstrual când poate fi identificat bacilul Koch.

* Rest placentarîn post partum sau post avort, fapt ce poate determina apariția unei endometrite grave, de obicei însoțite de o hemoragie.

7. Tumorile benigne - polipii endometriali și fibromul (vezi cap. Afecțiuni ale corpului uterin).

8. Etiologie mixtă- în premenopauză este relativ frecventă asocierea fibrom și polip, fibrom și hiperestrogenie, hiperestrogenie și adenocarcinom. Rolul jucat în etiologia hemoragiei de fiecare din aceste afecțiuni se va aprecia în funcție de simptomatologie, gravitatea afecțiunii, vârsta pacientei.

Tratament

I. *Leziunile vuivare*

Este foarte rar când o leziune vulvară necesită sutură, cel mai adesea este suficient un tamponamet local și aplicarea de sulfamidă pulbere.

Tumorile maligne în principiu trebuie operate și iradiate.

Infecțiile necesită tratament specific.

II. *Leziunile cervicale*

Toate leziunile cervicale hemoragice benigne: cervicite, cervicite polipoide, displaziile se tratează prin cauterizare după tratamentul local al leucoreei.

Carcinomul in situ are ca sancțiune terapeutică conizația.

Cancerul invaziv beneficiază de tratament radioterapie și chirurgical (vezi cap. Patologia colului uterin).

III. *Hemoragiile endo - uterine*

1. Sarcina deranjată

La sarcina în evoluție se va face tratament conservator (vezi cap. Hemoragii în primul trimestru de sarcină). Sarcina compromisă va fi evacuată prin chiuretaj uterin.

2. La pacientele cu D.I.U. care consultă medicul pentru hemoragie este preferabil să se extragă dispozitivul.

3. în tulburările de coagulare se vor corecta în funcție de rezultatele obținute la examinările de laborator. Se vor administra vasculotrope (Dycinome), antifibrinolitice, (Hemocaprol), uterotone.

4. Anomaliile de receptivitate hormonală a endometrului.

Hemoragiile datorate unei atrofii hipoestrogenice se tratează prin cicluri artificiale. în hiperestrogenie ca și cauza hemoragiei tratamentul hormonal trebuie ales în funcție de importanța excesului de estrogeni.

în cazurile ușoare se vor prescrie progestative antiestrogenice administrate pe cale orală în a doua parte a ciclului menstrual.

* Metilacetoxiprogesteron (Provera 10 mgr./zi - ziua 15 - 24);
* Linestrenol (Orgametril 5 mgr./zi ziua 15 - 24).

în cazurile mai grave tratamentul oral poate fi început din ziua a 5-a respectiv el va fi administrat 21 de zile (ziua 5 - 24).

în caz de hemoragii foarte abundente uneori suntem nevoiți să administrăm doze mari de estrogeni care vor opri hemoragia, tratamentul continuând cu o asociație estro- progestativă, progestativul limitând hiperplazia.

Schema unui tratament în cazul unei hemoragii funcționale acute:

* Estrogeni conjugați: Premarin 20 mgr. i.v./zi între 1 și 4 zile sau Etinilestradiol 0,05 mgr. la 6 ore;

* în momentul în care hemoragia diminua, se adaugă un progestativ. în practică se poate utiliza un antiovulator macrodozat - Stediril, Eugynon, Marvelon.

în caz de eșec se va face un chiuretaj hemostatic și biopsie.

în sângerările neregulate se preferă un chiuretaj hemostatic pentru a putea fixa momentul începerii unui tratament medicamentos.

Tulburările de vascularizație endometrială (anomaliile lacurilor venoase) reprezintă singurul moment logic de asociere a unor factori vasculotropi vitaminici C, P, K.

5. Cancerul de endometru (vezi cap. Patologia endometrului).

6. Endometrita - se vor administra antibiotice conform antibiogramei efectuată pe prelevări din cavitatea uterină şi din secreţia cervicală. Pentru reepitelizarea cavităţii se vor administra estrogeni de preferinţă sub forma contraceptivelor.

7. Tumorile hftnignft (vezi cap. Mecţiunile corpului uterin).

HEMORAGIILE MENSTRUALE DIN PERIOADA PUBERTĂŢII

Principalele tulburări asociate perioadei mestruale, în perioada pubertală sunt iregularităţile menstruale şi hemoragiile excesive.(vezi "Pubertatea")

a. *Neregularităple menstruale* sunt până la un punct fiziologice, în prima parte a perioadei pubertale, caracterizată de o activitate ovariană anovulatorie.

în cazul în care hemoragiile uterine nu sunt excesive, tratamentul hormonal este contraindicat el putând mai curând agrava dezechilibrul caracteristic. Vitamino - terapia. Ca, alimentaţia echilibrată, activitatea fizică, favorizează maturarea relaţiilor hormonale şi reglementarea unei activităţi ciclice genitale.

b. *Hemoragiile uterine disfuncţionale*

La tinerele fete, încă de la prima menstruaţie, fluxul menstrual poate avea caracterul unei adevărate hemoragii.

Etiologia acestor hemoragii uterine este căutată în mod justificat în majoritatea cazurilor, într-o activitate foliculara persistentă, anovulatorie, care induce o proliferare hiperplazică a endometrului, fără transformare secretorie, uneori având loc o hiperplazie glandulo - chistica a acestuia. Aceste hemoragii se încadrează în tabloul clinic al metropatiei hemoragice juvenile.

Nu trebuie însă neglijat faptul că, uneori, o insuficientă secreţie de estrogeni poate întârzia refacerea postmenstruală a endometrului fapt ce determină hemoragii uterine trenante.

Tot în perioada pubertală hemoragiile genitale pot fi datorate unei tuberucioze endometriale, unor formaţiuni tumorale maligne sau benigne sau unor traumatisme. Aceste posibilităţi etiopatogenice multiple cât şi faptul că o hormono - terapie intempestivă şi neadecvată poate atrage dereglări importante justifică o explorare diagnostică cât mai completă. Se vor face: dozări hormonale în ser şi urină; studiul factorilor de crază sanguină; la nevoie biopsie de endometru prin microchiuretaj; examen citologic Babeş Papanicolau.

Tratamentul va fi orientat de condiţiile etiopatogenice evidenţiate de aceste explorări.

în metropatia hemoragică juvenilă se va administra zilnic 0.01 mg etilinestradiol + 2 mg norethisteronacetat (sau 1 - 2 pilule anticoncepţionale) tratament ce va opri hemoragia în 24 - 48 ore. Se continuă timp de 10 zile după care, la întreruperea tratamentului, urmează o scurtă hemoragie de tip menstrual normal.

Profilaxia recidivelor se realizează prin administrarea de progestative în zilele 15 - 24 de la debutul hemoragiei de tip menstrual.

Hemoragiile prin insuficienţă estrogenică, cu întârzierea remanierii endometriale beneficiază de tratament cu gonadotrofine, EAC, hemostatice, estrogenoterapie în doze mici făcute cu prudenţă şi sub control al tabloului hormonal. Chiuretajul hemostatic este o soluţie extremă. Celelalte afecţiuni organice beneficiază de tratament specific.

HEMORAGIILE DIN MENOPAUZĂ (vezi Afecţiunile corpului uterin şi Menopauza)

CE FACEM ÎN FAȚA UNEI TULBURĂRI DE CICLU MENSTRUAL

AMENOREA SECUNDARA

Anamneză

- date generale;
- date ginecologice și obstetricale;
- calendarul menstrual;
- context psiliologic;
- chirurgie ginecologică: chiuretaj, cauterizare;
- administrarea cronică a unor medicamente: anticoncepționale, neurotrope;
- posibilitatea existenței unei sarcini.

Examen clinic

- raport greutate/înălțime;
- semne de endocrinopatii: cushing; distiroidii; virilizare;
- căutarea unei galactorei;
- T.V. sau T.R.: trofismul mucoaselor; volumul uterului și anexelor;
- examen cu valve: studiul glerei cervicale; histerometrie.

Examinări paraclinice

- pentru a elimina o sarcină: test de sarcină, dozare beta-HCG, ecografie;
- examinarea receptorilor: - frotiu vaginal;
  - cristalizarea glerei cervicale;
  - biopsie cu sonda Novak;
- dozări hormonale plasmatice:
  * FSH, LH, PRL
  * estradiol, estronă, progesteron
  * testosteron total și liber
  * 17 alfa - OH - progesteron, DHEA, dihidrotestosteron, androstendion
- se vor efectua în funcție de caz HSG, Rx șa turcească.

Diagnostic și examinări complementare

La nivel uterin:

- sinechie uterină: în anamneză, chiuretaj și/sau endometrită:
  * Biopsie endo-uterină dificilă;
  * HSG caracteristică;
  * Histeroscopie.
- endometrită tuberculoasă:
  * Biopsia de endometru;
  * Cultură din sângele menstrual.
- stenoza cervicală:
  * în anamneză cauterizare cervicală;
  * Histerometrie dificilă sau imposibilă

La nivel ovarian:

- tumori hormono - secretante:
  - * Ecografie;
  - * Inundație endocrină.
- menopauza precoce:
  - * Amenoree și bufeuri;
  - * Carențe în estrogeni;
  - * FSH crescut.
- ovar micropolichistic:
  - * Oligo-spaniomenoree secundară;
  - * Anovulație;
  - * Virilizare (inconstant);
  - * Ovar micropolichistic vizualizat ecografic;
  - * Dozări hormonale: LH crescut, estrogeni normali sau crescuți, progesteron absent, androgeni crescuți;
  - * Biopsia ovariană.

La nivel hipotaiamo-hipofizar

- sindrom Sheehan
  - * Anamneză obstetricală tipică;
  - * Insuficiență globală (ovar, tiroidă, suprarenală)
- hiperprolactinemie
  - a. Adevărată cu amenoree galactoree:
    - * Nivel crescut al PRL - insuficiență ovariană;
    - * Trebuie exclus adenomul hipofizar (Rx șa turcescă, ex. oftalmologie).
  - b. Moderată cu oligo-spaniomenoree
    - * Hiperprolactinemie moderată;
    - * Test TRF revelator;
    - * Insuficiență ovariană variabilă.
- de origine hipotalamică și SNC
  - * Amenoree psihogenă:
    - anorexie sau bulimie;
    - stres emotiv;
    - atenție la efectol neurotropelor;
    - dozări hormonale:
      - FSH, LH scăzut;
      - PRL normal sau crescut;
      - P - cicluri anovulatorii;
      - A - normali sau crescuți;
    - test la LH/RH normal;
    - reacție inversă dacă depresia este profundă;
  - * Tumori sau leziuni ale SNC - același profil hormonal.

Diagnostic în practica cotidiană

- eliminarea existenței unei sarcini;
- eliminarea situației în care s-au administrat medicamente care interferează cu ciclul ovarian;
- eliminarea unor cauze rare: sinechie uterină, stenoză cervicală, tumori ovariene, sindrom Sheehan, leziuni SNC, boli grave, etc;

se vor cere dozări hormonale

* Dacă FSH ++ și E (-) = menopauză precoce;
* Dacă PRL ++ = trebuie confirmat diagnosticul prin test cu TRF și Rx șa turcescă;
* Dacă A ++ = test de frenare a suprarenalei cu dexametazonă;
* Dacă LH ++ = trebuie confirmat diagnosticul de ovar micropolichistic.

celelalte cauze în general sunt de origine centrală

pentru tratament se vor distinge două categorii

* Cazurile cu insuficiență P pură sau mixtă E și P

Tratament

Etiologic uterină

- sinechia: debridare histeroscopică, sterilet, cicluri artificiale;
- stenoză cervicală: histerometrie, dilatare;
- endometrită: antibiotice.

Etiologic ovariană

- tumori: amplație chirurgicală;
- menopauză precoce: cicluri artificiale;
- O.M.P.C: antiovulatorii secvențiale sau antiandrogenici;
  dexametazonă dacă A ++ și hirsutism;
  rezecție cuneiformă a ovarelor.

Etiologic hipotalamo-hipofizară

- hipofiză: sindrom Sheehan = terapie substitutivă polivalentă;
  acromegalie = exereza adenomului;

hiperprolactinemie: Parloden sau Dopergine;
chirurgia adenomului;

amenoree centrală: afecțiuni neurologice sau neuro-psihiatrice;
tratament specific;
supleție luteală pură sau ciclu artificial complet

AMENOREEA PRIMARA

Anamneză

- date generale, medicale și chirurgicale;
- creșterea și pubertatea la părinți și alți colaterali;
- curba de creștere;
- vârsta la care au apărut semnele de pubertate deja prezente;
- context psihologic și social.

Examen clinic

- maturitate sexuală globală - raport greutateAnălțime;
- examen ginecologic - tumori pelviene cu semnul întrebării;
- explorarea canalului vaginal;
- endocrinopatii asociate: hirsutism, hipo sau hipertiroidism;
  testicol feminizant;
  sindrom adreno-genital;
  sindrom Turner.

Examinări de iaborator

- dozări hormonale hipofizare: FSH, LH, PRL
  ovariene: E, P, 17 - OH - P;
- dozarea hormonilor androgeni: testosteron, DHEA, androstendione, cortizol, transportină, 17 - ceto-steroizi urinari (24 h);
- în distiroidii: T4, T3, test la TRH;
-în anomaliile congenitale: cariotip, cromatina Barr, ecografia pelviană, urografie;
- dacă prolactina + +: Rx de șa turcească

Diagnostic

I. în pubertatea tardivă simplă

- o întârziere armonioasă, concomitentă a creșterii și pubertății;
- factori familiali;
- boli cronice;
- dozări hormonale: FSH și LH **ii** deci și E și P -t-i;
- test LH - RH prepubertal;
- adesea hipotiroidie discretă.

II. întârzierea pubertății prin insuficiență hipofizară

- întârzierea pubertății și întârziere de creștere
  * Fie creștere normală sau o ușoară întârziere a vârstei osoase
  * Fie o mare întârziere de creștere.
- în practică întâlnim trei tipuri:
  * Insuficiență hipofizară globală: FSH, LH, E și P i-i; HSC ***i*** = nanism; insuficiență suprarenală și tiroidiană asociată.
  * Insuficiență FSH, LH și HSC: pubertate tardivă; nanism.
  * Insuficiență numai FSH și LH: cranio-faringiom; sindrom olfacto-genital; uneori anorexie mentală precoce sau sindrom adreno-genital ușor.

III. Pubertate întârziată prin insuficiență ovariană

- absența menstruației: E și P i i , dar FSH î t ;
- cariotip: XO = Turner
  XY = testicul feminizant.

IV. Anomalii ale tractului genital

- FSH, LH, E, P și creștere normale;
- sânge menstrual acumulat în spatele unui obstacol
  himen imperforat
  sept vagi nai
  sindrom Rokitansky - Kuster.

Orientarea diagnosticului în practică

1. Depistarea anomaliei: Turner, testicul feminizant, imperforație.
2. încadrarea "întârzierii" cu sau fără întârziere de creștere.
3. Dozări hormonale: dacă FSH, LH, E, P, toți sunt **ii** = cauză hipofizară
   dacă FSH ÎT = cauză ovariană

Tratament

I. întârzierea de creștere armonioasă

Are un prognostic bun fără tratament, tratamentul riscând să oprească creșterea.

II. Pubertatea întârziată prin insuficiență hipofizară:

- După 16 ani dacă avem o vârstă osoasă mai mare de 11 ani: cicluri artificiale 6 luni cu pauză de 2 - 3 luni;
- Dacă nu apare ciclismul: din nou 6 luni cicluri artificiale;
- în caz de insuficiență tiroidiana și suprarenală: tratament specific;
- în nanismul important: hormon de creștere;
- în sindromul adreno-genital: dexametazonă.

III. Pubertate întârziată prin insuficiență ovariană

- Cicluri artificiale de la vârsta pubertății până la menopauză.

IV. Malformații ale tractului genital

- Tratament chirurgical.

MENORAGIILE, METRORAGIiLE ȘI MENOMETRORAGIILE

Anamneză

- generală și ginecologice - obstetricală;
- viață sexuală: sarcină?
- contracepție;
- simptome asociate: urinare sau digestive
- tulburări de coagulare;
- medicamente - hormoni?

Examen clinic

- aspect general;
- organe genitale externe;
- TV sau TR;
- examen cu valve: col - frotiu - biopsie;
- dacă sarcina este exclusă: biopsie de endometru;
- dozări hormonale.

Examinări de laborator

- biopsie de col și/sau endometru;
- dozări serologice;
- ecografie;
- histeroscopie.

Diagnostic

I. Leziuni vulvare
- anamneză - examen clinic;
- biopsie dacă e tumoră - cultură dacă e infecție.

II. Leziuni cervicale
- sputting postcoital;
- examen cu valve: frotiu - biopsie orientată;
- cervicită;
- cancer invaziv sau in situ.

III. Hemoragii endo - uterine
1. Sarcina abortiva: - dozări hormonale:molă sau coriocarcinom: HCG foarte ridicat
   - ecografie.
2. Sterilet: anamneză - ecografie - Rx.
3. Tulburări de coagulare: teste biologice.
4. Anomalii de receptivitate hormonală a endometrului.
   - atrofie hipoestrogenică;
   - hiperplazie hiperestrogenică: simplă, cu HGC, polipoza;
   - descuamări neregulate: corp galben persistent.

Examinări obligatorii: biopsie de endometru; dozări hormonale.

VULVO - VAGINITELE

Obiective

* Să știm să diagnosticăm și să tratăm o vuivo - vaginită micotică;
* Să știm să diagnosticăm și să tratăm o vuivo - vaginită trichomoniazică;
* Să știm să diagnosticăm și să tratăm o vuivo - vaginită nespecifică;
* Să cunoaștem manifestările lierpesului vuivo -vaginal;
* Să cunoaștem manifestările sifilisului vuivo-vaginal;
* Cunoașterea diagnosticului și tratamentului chistului glandei Bartholin.

Vuivo vaginitele sau infecțiile genitale joase reprezintă cea mai frecventă patologie întâlnită la pacientele care se prezintă la o consultație ginecologică, constituind o cauză majoră de morbiditate prin boli infecțioase. Incidența este cu siguranță mult mai mare decât cea constatată în cabinetele de ginecologie, dar majoritatea femeilor nu consideră o „banală" leucoree, un motiv suficient de serios pentru a se adresa medicului.

în realitate, mai mult de jumătate, dacă nu chiar 75% dintre femei, prezintă cel puțin un tip de infecție genitală joasă de-a lungul vieții.

Datorită frecvenței evoluției, adesea îndelungate, complicațiilor și sechelelor cu consecințe importante asupra potențialului reproductiv și nu în ultimul rând datorită costurilor ridicate, aceste infecții joase reprezintă o adevărată problemă de sănătate publică. Libertinismul sexual exagerat, datorat schimbărilor socio-culturale recente și facilitat de accesibilitatea din ce în ce mai largă a contraceptivelor orale se manifestă prin precocitatea raporturilor sexuale, multitudinea partenerilor sexuali, creșterea ratei divorțurilor, abandonul metodelor mecanice de contracepție și utilizarea pe scară tot mai largă a dispozitivelor contraceptive intrauterine. Consecința tuturor acestor factori este creșterea explozivă a frecvenței vulvovaginitelor și infecțiilor genitale joase în ultimii 25 de ani, resimțită ca o adevărată epidemie de boli cu transmitere sexuală.

în marea lor majoritate, vuivo vaginitele și infecțiile genitale joase sunt produse de agenți patogeni transmisibili prin contact sexual, care au ca poartă de intrare mucoasa tractului genital. Alte căi de transmitere sunt contactul tegumentar intim, contactul cu secreții de la nivelul vaginului, penisului, cavității bucale sau rectului, sau contactul cu sânge infectat. Cele mai multe BTS se transmit mai ușor de la bărbat la femeie decât invers, ceea ce face ca femeile să aibă cele mai serioase complicații.

în etiologia vulvovaginitelor și infecțiilor genitale joase întâlnim bacterii, virusuri, fungi și paraziți. în ultimii 20 de ani, s-a produs o schimbare a etiologiei BTS, produse de bacterii, fiind în continuă descreștere, în timp ce acelea determinate de virusuri sunt în creștere constantă. Spre deosebire de BTS de etiologie bacteriană (sifilisul, gonoreea, infecția cu Chiamydia) și parazitară care sunt curabile, cele virale (herpesul genital, infecția cu HPV), sunt de cele mai multe ori incurabile, se cronicizează, evoluează cu remisiuni și recurențe și dau complicații pe termen lung.

Cea mai mare parte a microorganismelor implicate sunt obligatoriu patogene, dar în anumite condiții și microorganismele care fac parte din flora saprofită a tractului genital pot determina îmbolnăviri.

Infecțiile tractului genital inferior, cuprind vulvitele, vaginitele (colpitele), inflamațiile glandelor accesorii (Bartholin și Skene) și cervicitele.

Deși vulva și vaginul sunt diferite din punct de vedere embriologic și histologic, datorită continuității lor, infecțiile vulvare și cele vaginale nu se întâlnesc aproape niciodată izolate ci coexistă, constituind vulvovaginitele. De asemenea, vulvovaginitele sunt însoțite uneori de inflamația glandelor anexe (bartholinite, skenite) și mai ales de inflamația colului uterin (exo și endocervicite).

Regiunea vulvo-vaginaiă este ușor accesibilă infecțiilor, datorită:

- deschiderii în mediul exterior;
- vecinătății cu rectul;
- traumatismului sexual.

Există și anumiți factori care cresc rezistența la infecții (factori de apărare);

- acoperirea cu păr;
- pH-ul acid al vaginului;
- peroxidazele și ionii de clor din conținutul vaginal;
- anticorpii locali IgA și IgG;
- lizozimul și fibronectina din conținutul vaginal;
- lactoferina și ionii metalici (Zn și Mg);
- glicoproteinele din mucusul cervical;
- bacteriocidinele și endopeptidazele produse de unii germeni ai florei fiziologice.

SImptome și semne care sugerează o infecție genitală joasă:

- durerea sau discomfortul la nivelul organelor genitale externe;
- leucoreea;
- metroragiile;
- sângerarea la contactul sexual;
- leziunile locale (ulcere, papule, pustule, condiloame);
- pruritul vulvovaginal;
- dispareunia;
- durerea abdominală;
- adenopatiile inghinale;
- febra de cauză neidentificată.

Vaginoza bacteriană *{\I\}\MO* - vaginită nespecifică sau colpita cu anaerobi)

Definiție

Vaginoza bacteriană este entitate clinică ce se caracterizează printr-o alterare, un dezechilibru complex al florei vaginale normale.Apare un ecosistem vaginal nou în care se reduce prevalenta și concentrația speciilor de lactobacili, în special cele producătoare de peroxid care sunt microorganismele predominante, și acestea sunt înlocuite de o floră vaginală mixtă.

Această floră include:

- gardnerella vaginalis;
- anaerobi gram negativi;
- anaerobi gram pozitivi;
- mycoplasme;
- lactobacilii anaerobi, neproducători de peroxid, apar la 36% din femeile cu vaginoza bacteriană.

Mai rar pot fi implicate alte specii: E Coli, stafilococi, streptococi.

Factori favorizanți:

- dispozitivul contraceptiv intrauterin;
- utilizarea de substanțe spermicide;
- contacte sexuale frecvente;
- parteneri sexuali multipli (2 sau mai mulți în ultima lună);
- dușuri intravaginale frecvente;
- fumatul;
- o sarcină în antecedente;
- tratamentul cu antibiotice pentru o altă infecție.

Etiopatogenie

Cauzele exacte ale alterării și înlocuirii florei vaginale normale nu sunt încă pe deplin cunoscute. Nu se cunoaște deocamdată care microorganism din cele întâlnite în vaginoza este esențial pentru apariția și menținerea acestui dezechilibru, și nici dacă un singur tip de microorganism din toate este agentul etiologic și celelalte doar îl acompaniază. în mod sigur există factori ce țin de organismul gazdă, în special hormonali, dar la fel de sigur este implicat și un factor microbian. Vaginoza bacteriană pare să aibă, deci, o natură multifactorială, și este de înțeles că factorii pot fi diferiți de la o pacientă la alta.

Simptomatologie

Se caracterizează printr-o secreție omogenă, puțin vâscoasă, galben cenușie, cu bule, aderentă de vagin, pH >5, miros dezagreabil, ușor prurit sau arsură, hiperemie.

Dacă este deteterminată de Gardnerella Vaginalis, vulva și vaginul nu sunt inflamate, lipsește iritația vulvară, pruritul și usturimea.

Endocervixul nu este afectat.

Rareori poate să apară prurit, disurie, dispareunie.

Diagnostic

Diagnosticul de vaginoza bacteriană se pune pe baza criteriilor clinice propuse de Amsel și colaboratorii (grupul de la Seattie). Aceste criterii sunt:

- leucoree omogenă, alb-cenușie care aderă de pereții vaginului;
- "testul mirosului " pozitiv;
- mai mult de 20% din celulele epiteliale să fie "clue cells";
- pH-ul vaginal mai mare de 4,5.

Pentru a pune dignosticul trebuie să fie prezente trei din aceste patru criterii.

Tratament

Aproximativ 50% din femeile cu vaginoza sunt asimptomatice și mulți specialiști consideră că acestea nu trebuie să urmeze nici un tratament, ținând cont de faptul că, chiar și în formele asimptomatice, pot să apară complicații grave, se recomandă tratarea tuturor femeilor cu vaginoza. Tratamentul este obligatoriu la gravide, la cele cu infecții ginecologice în antecedente, la cele care vor suferi o intervenție chirurgicală ginecologică și în caz de infertilitate. Pacientele asimptomatice, cărora urmează să li se efectueze anumite intervenții sau manopere ginecologice (inserție de DIU, biopsie de endometru, chiuretaj uterin, histeroscopie, histerosalpingografie) trebuiesc tratate obligatoriu cu doza completă și nu doar cu o doză profilactică.

Medicamentul de elecție este metronidazolul, fie comprimate în doza de 2 x 500 mg/ zi timp de 7 zile (Metronidazol, Flagyl, Suppiin) fie sub forma de cremă vaginala 0,75% de două ori pe zi timp de 5 zile. Rata de vindecare imediată este de 80-100%. Se poate administra și o doză unică de 2 g/ zi cu rata de vindecare de aproximativ 84% dar cu o rată mai mare a recurențelor.

Vuivo- Vaginita Trichomoniazi'că

Etiologic - este determinată de Trichomonas vaginalis.

Simptomatoiogie

IVlanifestările clinice depind de severitatea infecției și de factorii de apărare locală. în cazul în care cantitatea de paraziți care s-au inoculat este mică, de obicei femeia este asimptomatica sau poate prezenta o leucoree gri-murdară în cantitate redusă. Dacă cantitatea de paraziți este mare apar manifestările caracteristice vaginitei trichomoniazice (colpita parazitară):

- leucoreea galben cu bule de aer urat mirositoare;
- arsuri vulvare și un prurit tenace, ce apar în 25% din cazuri determinate de iritația produsă de leucoree;
- dispareunie;
- disurie;
- dureri abdominale - procesul inflamator s-a extins la tractul genital superior.

Diagnostic - *clinic*

- edem și eritem vulvar mai ales la nivelul vestibulului și labiilor mici (spre deosebire de afectarea extinsă din micoze);
- eritem al exocolului;
- în infecțiile severe pot să apară la nivelul mucoasei multiple excoriații de dimensiuni mici.

- de iaborator

- evidențierea trichomonasului mobil pe preparatul nativ din conținutul vaginal;
- medii de cultură;
- anticorpi monoclonali fluorescenți, PCR.

Evoluție

Are tendință de cronicizare datorită formelor rezistente, latente. Pot să apară recidive datorită tratamentelor incorect conduse sau reinfecției de la parteneri sexuali ce nu au efectuat tratamentul prescris.

Tratament

- ambii parteneri concomitent;
- urmărește restabilirea biocenozei vaginale

* *Regimul standard* este metronidazol 2 g doză unică (Flagyl comprimate 250 mg, Metronidazol 250 mg, Klion 250 mg, Suppiin 250 mg și 500 mg) sau tinidazol Tinidazol, Tiprogyn, Fasigyn) 2 g doză unică administrată după masa de seară.

* *Regimul alternativ* este metronidazol 2 x 500 mg/zi sau 3 x 250 mg/zi timp de 7 zile.

* Se poate face și un *tratamentadjuvant'^nu* irigații vaginale cu soluții acidifiante. Se atrage atenția pacienților să nu consume alcool în timpul tratamentului.

Vuivo- Vaginita Micotică

Definiție

Vulvovaginita fungică (micoza vulvovaginală, colpita micotică) este o infecție comună a vaginului și vulvei determinată de diferite specii de fungi.

Frecvență

Este în primul rând o infecție a vârstei fertile. Este rareori izolată la fetițele în prepubertate și doar la 5-10% din femeile în postmenopauză, ceea ce sugerează o dependență față de hormoni (femeile în climax care primesc tratament de substituție hormonală cu estrogeni prezintă un risc crescut de a face o micoză vulvovaginală).

Etiologie

Există peste 200 de specii de Candida care au fost identificate în flora vaginală normală, și toate sunt capabile să determine vulvovaginite. Dintre acestea:

- 80-90% sunt determinate de Candida albicans;
- 10-20% sunt determinate de alte specii: Torulopsis glabrata (5-15%), Candida tropicalis. Candida parapsilosis, Candida krusei, Saccharomyces cerevisiae (cu aceasta din urmă contaminarea fiind posibilă la femeile ce lucrează în fabrici de bere sau pâine).

Deși este considerată o boală cu transmitere sexuală nu s-a demonstrat niciodată acest lucru prin izolarea aceleiași specii din lichidul seminal, rect sau cavitatea bucală a partenerului unei femei infectate. De aceea majoritatea specialiștilor consideră că transmiterea pe cale sexuală poate fi presupusă doar în cazul infecțiilor recurente.

Factori favorizanți

- căldura, sudorația excesivă, iritația mecanică;
- hiperfoliculinice și pH intens acid;
- diabet zaharat (glucoza);
- scăderea florei saprofite Doderlein;
- sarcină;
- tratamente cu antibiotice, anticoncepționale orale, imunosupresive, citostatice;
- lenjerie sintetică, igienă deficitară.

Patogenie

Candida albicans este un organism dimorf putând avea o formă filamentoasă (micelii) care rezultă din germinarea sporilor și care este răspunzătoare de invazia mucoasei și o formă sporulată care este responsabilă de transmiterea, diseminarea și colonizarea asimptomatică.

Pentru a produce boala, candida trebuie să parcurgă trei etape:

- *Adeziunea* este crescută de impregnația estrogenică a epiteliului vaginal.
- *Germinarea sporiior* Sporii nu sunt capabili să penetreze în epiteliu și să determine colpita.
- *Invazia epiteliului.* determină eliberarea unor substanțe, cum sunt prostaglandinele și bradikinina, care induc inflamația. Apare edem, eritem, exudat, descuamarea celulelor epiteliale.

*

Simptomatologie

- prurit vulvar intens, tenace, chinuitor care în timp se însoțește de senzația de arsură, accentuat de urinare și contact sexual;
- leucoree densă, albicioasă, grunjoasă, brânzoasă, aderentă de mucoasă, de obicei nemirositoare;
- disurie - usturimi la nivelul vulvei pe tot parcursul urinatului;
- dispareunie de intromisiune.

Accentuarea simptomelor premenstrual și atenuarea lor după menstruație este tipică.

Semne:
- vulva este edemațiată și congestionată în totalitate;
- examenul cu valvele este dureros;
- mucoasa vaginală este roșie-zmeurie cu depozite alb- brânzoase, groase, aderente;
- colul apare normal;
- destul de des apar excoriații, ulcerații liniare, puțin adânci, la nivelul labiilor dar mai ales în porțiunea posterioară a introitului vaginal;
- uneori pot să apară discrete papule sau papulo-pustule în jurul ariilor eritematoase.

Diagnostic - se stabilește pe baza simptomatologiei și a examenului de laborator - frotiu și/sau mediu de cultură (Sabouraud sau dextroză Agar sau Nickerson).

Tratament

Alegerea tratamentului se bazează în primul rând pe preferințele pacientei, pentru care contează foarte mult costul medicamentului. Cele mai multe preferă tratamentul oral iar dintre preparatele intravaginale, crema în locul ovulelor vaginale.

Clasic se considera că durata standard a tratamentului este de 14 zile. Prin apariția de medicamente din ce în ce mai active, administrate în doze din ce în ce mai mari s-a constatat că importantă este de fapt doza totală și nu timpul în care aceasta este administrată, tratamentul cu o doză unică fiind la fel de eficace ca și cel cu mai multe doze.

Se poate administra:

- butoconazol cremă 2%, 5 g intravaginal timp de 3 zile *sau*
- clotrimazol (Clotrimazol, Canesten HC, Gyno Canesten) cremă 1%, 5g intravaginal 7-14 zile seara la culcare *sau*
- clotrimazol (Clotrimazol, Gyno Canesten) comprimate vaginale 100 mg 7 zile seara la culcare *sau*
- clotrimazol (Clotrimazol, Gyno Canesten) comp. vaginale 2x100 mg/zi timp de 3 zile *sau*
- clotrimazol comprimat vaginal de 500 mg doză unică *sau*
- miconazol (Gyno-Daktarin, Medacter, Monistat, Miconal Ecobi, Micotop Gel, Monazole 7) cremă *2%,* 5 g timp de 7 zile seara la culcare *sau*
- miconazol (Gynozol, Miconal Ecobi, Miconazol, Mycoheal, Gyno-Daktarin) comp. vaginale 200 mg 3 zile seara *sau*
- miconazol (Miconazol, Gynozol, Miconal Ecobi, Mycoheal, Gyno Daktarin) comp vaginale 2 x 150 mg timp de 7 zile dimineața și seara: se administrează și în timpul menstruației *sau*
- tioconazol ungvent 6,5% 5 g intravaginal doză unică *sau*
- terconazol cremă 0,4% 5 g intravaginal 7 zile *sau*
- terconazol cremă 0,8% 5 g intravaginal 3 zile *sau*
- terconazol ovule vaginale de 80 mg unul /zi 3 *zWe.sau*
- fenticonazol (Lomexin) ovule vaginale de 600 mg, doză unică seara la culcare ce poate fi repetată după 3 zile

Vuivo - Vagi nițele cu Citlamydia și IVIycopiasme

Etiologic

* Chiamydia Trachomatis - este un parazit intracelular obligatoriu. Are capacitate de a colniza epiteliu cilindric al căilor urinare și al mucoasei vaginale marcată de carență de estrogen.

* Mycoplasma Pneumoniae - un grup de bacterii gram negative anaerob facultative, imobile, cu morfologie variabilă (coci, bacili, spirili, filamente) și lipsite de perete celular, dar cu o membrană ce conține steroli. Colonizează mucoasele și suprafața celulelor eucariote, putând astfel să declanșeze boala.

Simptomatologie

Apare de obicei la 8 - 15 zile după un contact infectant manifestându-se prin: stare subfebrilă, durere abdominală, *leucoree necaracteristică,* semne ale PID, uneori semne de iritație peritoneală și perihepatică (sindromul Fitz - Hugh - Curtis).

Diagnostic

Diagnosticul de certitudine este numai cel oferit de laborator. El se obține prin izolarea germenilor din recoltări repetate, efectuate din endocol și uretră.

Se utilizează metode cu anticorpi monoclonali, însămânțări pe medii specifice pentru (Chiamydia McCoy, HeLa 229; Mycoplasma Agar A7).

Metodele serologice se bazează pe detectarea de Ac IgG și IgM.

Evoluție

Netratate corect și suficient duc la apariția S//* caracterizată prin:

- durere cronică pelvină;
- sterilitate de cauză tubară;
- incidență crescută a sarcinii extrauterine;
- aderențe perihepatice.

Tratament

- Doxicilina (Vibramicina) doză de atac ClOOmg de 2 ori/zi;
  doză întreținere 0,100mg/zi, 10 - 14 zile;
- Tetraciclină, Eritromicina 2 gr/zi, 10 - 20 zile se asociază Stamicin;
- Clotrimazol sau Stamicin tablete vaginale sau ovule.

BartImliniteie

Definiție

Glandele Bartholin sunt localizate sub fascia perineală superficială (fascia lui Colle), acoperite de mușchii bulbocavernoși, fiecare glandă prezintă un duet lung de 1-2,5 cm și cu diametrul de 0,2 cm, care se deschide în vestibulul posterolateral chiar la nivelul joncțiunii himenului cu labiile mici. Obstruarea acestora determină acumularea produșilor de secreție care se poate suprainfecta - bartolinita.

Etiologia - este polimicrobiana de cele mai multe ori;
- frecvent gonococul și chiamidia trahomatis;
- alți agenți microbieni (anaerobi, aerobii).

Simptomatologie

Faza inițială- edem;
- eritem redus;
- deformare a labiei mari.

* ***Abcesul Bartolinian***

- stare generală ușor alterată;
- durere intensă, febră, jenă la mers;
- tumoră renitentă în grosimea labiei mari, dureroasă la palpare, edem, roșeață locală;
- adenopatie locală rar prezentă;
- orificiul glandular vizibil datorită hiperemiei, la exprimare rezultă o picătură de puroi;
- crepitația este un semn patognomonic pentru infecția cu clostridium perfringens;
- la diabetice - simptomele sunt minime, dar procesul se extinde rapid în profunzime ducând la necroze.

* ***Chistul Bartholinlan***

- este urmarea unui abces sau proces inflamator lent ce treptat duce la limitarea procesului acut, sterilizarea puroiului unui abces
- evoluția este asimptomatică se manifestă prin creșterea în volum a labiei mari, tumoră mobilă, nedureroasă;
- evoluează către suprainfectare.

Tratament

* *în formele acute nesupurate:* - antibiotice cu spectru larg;
- antiinflamatoare;
- băi de șezut 20 de minute de 2-3 ori pe zi.

* *în caz de abces:* - incizia largă și drenaj larg;
- antibiotice în etilogia gonococică.

* *Chistul bartolinian:* - excizia glandei;
- examen histopatologic obligatoriu.

Skenite/e

Glandele Skene (după numele ginecologului american Alexander Skene) sau parauretrale sunt glande tubulare ramificate adiacente uretrei terminale pe o distanță de 1 cm. Ele sunt considerate omologul prostatei.

Sunt localizate posterior de uretră și prezența lor, în mod normal, nu este evidentă. Duetele lor sunt paralele cu uretra aproximativ 1 cm înainte de a se deschide în uretra distală. Uneori ostiumul duetului este la nivelul vestibulului în aria ce mărginește orificiul uretral.

Din cauza contiguității cu uretra, infecția glandelor parauretrale este asociată unei uretrite, cel mai frecvent de etiologie gonococică. Din ce în ce mai des se întâlnește ca agent etiologic chiamydia trachomatis, mycoplasma hominis și ureaplasma urealiticum. în formele acute se formează un abces periuretral cu fenomene

inflamatorii locale (edem întins, congestie, durere) şi tulburări micţionale. Compresiunea glandei sau a uretrei este urmată de exteriorizarea unei picături de puroi.

Formele cronice sunt asimptomatice singurul semn fiind apariţia puroiului la compresiunea glandei sau uretrei, şi infecţii urinare recurente.

Tratamentul formelor acute cuprinde antibiotice şi eventual incizia abcesului, iar formele cronice beneficiază de tratament prelungit cu antibiotice.

Sifilisul Vuivo- Vaginal

Este o boală cronică, de obicei latentă, cu transmitere sexuală care afectează mai multe organe şi sisteme. Agentul etiologic este o spirochetă, Treponema pallidum, a căve\ s\ng,uvă gazdă este omul.

Majoritatea infecţiilor se transmit prin contact sexual, inclusiv contact orogenital şi anal, şi ocazional prin sărut, de la un partener care se află în stadiul primar, mai rar secundar şi probabil şi în primul an al stadiului latent al bolii. Cea de-a doua cale importantă de transmitere a sifilisului este ceâ transplacentară.

Treponema pallidum are abilitatea de a penetra mucoasele sau pielea doar dacă acestea prezintă ulceraţii, excoriaţii, leziuni.

Sifilisul Primar sau Şancrul Sifilitic

şancrul apare la aproximativ la o lună de la infestare (perioada de incubaţie) şi este adesea însoţit de febră şi stare generală alterată. Cel mai comun loc de apariţie este regiunea vulvară, sau colul uterin, dar el poate apărea cu orice localizare, şancrul reprezintă punctul de intrare a treponemei în organism.

şancrul tipic are un diametru de aproximativ 1 cm, la început este o papulă de culoare roşie care ulterior se ulcerează. Este puţin dureros dar puternic infectant. în-todeauna este însoţit de o adenopatie inghinală.

Diagnostic

Este obligatorie izolarea treponelei palidum în exudatul din şancru, fapt ce se realizează cu dificultate. Cea mai uzuală metodă de diagnostic este testul serologic care se pozitivează la 4-6 săptămâni de la infectare.

Tratament

Fără tratament şancrul se vindecă de obicei, spontan în 3-8 săptămâni. în timpul perioadei primare în aproximativ 50-60 % din cazuri se produce o diseminare hematogenă a spirochetelor şi va apare sifilisul secundar. Aproximativ 18-32% din paciente vor prezenta semne şi simptome de sifilis secundar înainte ca şancrul primar să se vindece.

Sifilisul Secundar sau Condiloameie Late

Apar la 6 săptămâni- 6 luni (în nfiedie 9 săptămâni) de la şancrul primar, şi se manifestă printr-o reacţie generală cuprinzând simptome asemănătoare unei gripe uşoare ce constau din febră, indispoziţie, cefalee, greţuri, mialgii, artralgii, fatigabilitate. Peste 80% din paciente prezintă o erupţie maculo-papulară, pustuloasă, nodulară

sau eczematiforma nepruriginoasă pe corp (trunchi, membre, palme, plante), iar la nivelul vulvei pot apărea leziuni papilomatoase denumite condiloame late. Acestea sunt proeminente, largi, turtite de culoare roz sau gri și pot să se unească formând o masă mare papilomatoasă. Aceste leziuni pot fi tranzitorii sau pot persista mai multe luni. De obicei apare și o adenopatie generalizată, nedureroasă și hepatosplenomegalie.

Sifilisul Terțiar sau Goma Sifilitică

- apare rar;
- leziune fermă, cu creștere masivă și extindere în profunzime;
- tumoră ulcerată multinodulară ce transformă vulva;
- frecvent este suprainfectată.

Tratament

Penicilina rămâne antibioticul de elecție pentru toate stadiile bolii dacă pacienta nu este alergică, vindecând leziunea locală și prevenind sechelele tardive.

Tratamentul constă dintr-o singură doză de 2,4 milioane unități de benzatinpenicilină (Moldamin, Penhexal, Retarpen) administrată intramuscular. în caz că este vorba despre o gravidă se recomandă administrarea unei a doua doze tot de 2,4 MU la o săptămână de la prima doză, în special dacă este în ultimul trimestru de sarcină sau în stadiul doi al bolii.

Tratament obligatoriu condus de dermatolog cu anciietă epidemiologică.

Vulvo-Vaginita Gonococică

Etiologic

Cauzată de gonococ, un diplococ gram negativ, cu localizare intracelulară asporulat, imobil.

Epidemioiogie

Recunoaște o contaminare venerianâ - raport sexual sau la naștere prin trecerea fătului prin căile genitale ale mamei purtătoare a infecției; motiv pentru care este nevoie de a se efectua la naștere profilaxia Crede, prin instilarea de nitrat de argint în sacul conjunctival al nou născutului imediat după naștere.

Recunoaște și o contaminare prin mediul școlar (obiecte toaletă).

Frecvență - 1%.

Perioadă de incubație- 4- 15 zile.

Simptomatoiogie: este diferită - vuivo - vaginita acută;
- gonoreea cronică.

a. *Vuivo - vaginita acută*
- pacienta prezintă polakiurie, dispareunie;
- examenul cu valve este foarte dificil.

b. *Gonoreea cronică*

- respectă de obicei vaginul - se manifestă ca endocervicită cu secreție muco - purulentă vâscoasă;
- la exprimarea uretrei apare puroi însoțit de o serozitate.

Diagnostic

- se realizează prin prelevare de secreție din col, uretră, gld. Bartholin care apoi se întind pe lamă și se colorează cu albastru de metilen;
- culturi pe mediul TAYER, MARTIN, AGAR - AGAR GRANULE;
- în CO^, după 18 - 20 ore apar culturi sub forma unor colonii cenușii.

Complicații

1. conjuctivită gonococică (ulcerații, perforații de cornee);
2. infecții gonococice diseminate (pe cale hematogenă, limfatică, contiguitate);
3. salpingite 15 - 20%;
4. pelviperitonită, peritonită gonococică;
5. perihepatită gonococică acută (ficat în corzi);
6. dermită gonococică septică (leziuni cutanate polimorfe, febr^ intermitentă, artralgii, stare generară alterată);
7. septicemie: poate induce miocardite, pericardite, mielite, polinevrite.

Tratament

* presupune măsuri igieno - dietetice, se adresează tuturor partenerilor sexuali;
* abstinență sexuală pe durata tratamentului sau contact sexual protejat de prezervativ;
* Penicilină, Efitard 1.600.000/zi, 7 zile;
* Ampicilina 2 gr per os + 1 gr Probenecid;
* Tetraciclină 1,5 gr/zi, 5 zile;
* Rifampicină 900 mg (6 cp), priză unică;
* Eritromicină 12 dj a 200 mg seara + 400 mg la 6 ore încă 4 zile;
* necesită control prin examen de laborator după terminarea tratamentului.

Infecțiile Virale ale Vulvei și Vaginului

Herpesul Genital

Herpesul genital este o infecție cu transmitere sexuală persistentă și cronică, foarte contagioasă care nu se vindecă.

Infecția cu virusul herpes simplex (HVS) este cea mai frecventă cauză a leziunilor vulvare ulcerative, una din cele mai comune BTS și printre cele mai des întâlnite infecții virale la om. Este posibil ca infecția herpetica genitală să fie prezentă la aproximativ 30-40% din populație.

Transmiterea se face în primul rând prin contact direct (sărut, contact sexual, naștere pe cale vaginală în perioada de contagiozitate).

Perioada de incubație este de 2-20 de zile (în medie 6 zile), iar perioada clinic manifestă de 12-20 de zile.

Manifestări ciinice - vezicule, ulcerații;
- durere locală intensă;
- adenopatie inghinală;
- disurie;
- forme asimptomatice.

Diagnostic: - tablou clinic;
- evidențierea pe medii de cultură (costisitoare, sensibilitate scăzută cu multe rezultate fals negative);
- teste serologice de evidențiere a anticorpilor specific de tip;
- imunofluorescență directă cu anticorpi monoclonali;

Opțiuni terapeutice

* *Măsuri generale:*
- antialgice, igienă locală riguroasă, aplicații locale de gel uscat de aloe vera, creme cu xilină, anestezină și cortizon.

* *Primul episod:*
- Acyclovir p.o. 3x400 mg/zi timp de 7-10 zile;
- Acyclovir p.o. 5x200 mg/zi timp de 7-10 zile;
- Famciclovir p.o. 3x250 mg/zi timp de 5-10 zile;
- Valacyclovir p.o. 2xIg/zi timp de 10 zile;

* *Forme recurente:*
- Acyclovir p.o. 3x400 mg/zi timp de 5 zile;
- Famciclovir p.o. 2x125 mg/zi timp de 5 zile;
- Valacyclovir p.o. 2x500 mg/zi timp de 5 zile.

* *Profilactic* la cele care prezintă cel puțin șase recurențe pe an se administrează terapie cronică supresoare cu acyclovir p.o. 2x400 mg/zi, famciclovir p.o. 2x250 mg/zi sau valacyclovir p.o. 2x250 mg/zi;

* Deși nu există dovezi științifice, administrarea de acid folie (400 mg/zi) și vitamina C (2-3 g/zi), renunțarea la toxice (alcool) și reducerea stressului sunt considerate utile de către uni specialiști;

* Se recomandă utilizarea prezervativului în caz de contact sexual și se face testarea HIV în caz de infecții severe sau recurente.

Condiloamele Acuminate

Condilomatoza genitală este o boală cu transmitere sexuală extrem de contagioasă cauzată de un papiloma virus uman.

Omul este infectat doar de virusurile specific umane, care determină o gamă variată de leziuni proliferative (nu și litice) cutanate, mucocutanate și mucoase ce afectează predominant epiteliul scuamos: condiloame, chisturi epiteliale, neoplazii intraepiteliale, papiloame oro-laringiene și faringiene, keratoacantoame.

Până în prezent s-au identificat mai mult de 200 de tipuri, din care cel puțin 36 au tropism pentru epiteliul anogenital. în funcție de leziunile pe care le produc HPV au fost împărțite în două categorii: tipuri cu risc scăzut, din care HPV 6 și 11 sunt cele mai comune și mai rar 40, 42, 43, 44 acestea cauzând condiloamele acuminate, și tipuri cu risc crescut (oncogenice) din care HPV 16 și 18 dar și 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 și 68 sunt cel mai des întâlnite în leziunile scuamoase

intraepiteliale (actuala denumire a neoplaziilor intraepiteliale cervicale) și în leziunile maligne genitale (mai ales cancerul de col uterin dar și de vulvă sau vagin).

Se transmite prin contact sexual dar poate apărea și spontan la gravide. Are o perioadă de incubație de 2 - 6 luni și se prezintă sub forma unor tumorete cu diametrul de câțiva mm, roz - albicioase, ce cresc rapid, devin proeminente, ramificate, papilomatoase (creastă de cocoș), apoi mari conopidiforme, erodate cu secreții urât mirositoare.

Factori de risc:

- cel mai puternic factor de risc independent este numărul de parteneri sexuali din ultimii 2 ani, riscul fiind mare dacă aceștia sunt mai mult de 5;
- parteneri sexuali care au condiloame sau care au mai multe partenere;
- începerea vieții sexuale la vârstă mică (frecvența maximă se întâlnește la femeile între 15-25 de ani);
- fumatul;
- frecvența crescută a contactelor sexuale săptămânale (mai mult de 4);
- imunodepresia: tratament cu imunosupresoare pentru un transplant renal, dar cel mai frecvent infecția HIV-SIDA-prevalența condiloamelor la aceste femei este de 5-7 ori mai mare decât la cele seronegative;
- sexul anal.

Factori de protecție:

- aspectul normal al ultimului examen citologic Babeș-Papanicolaou;
- relații sexuale stabile cu parteneri care nu mai au și alte relații;
- o bună igienă personală;
- utilizarea prezervativului protejează bărbații dar la femei studiile arată date contradictorii.

Tratament

Medicament	Loc de acțiune
Podofilina 10-25%	Organele genitale externe, leziuni sub IOcm^
Podofilotoxina sol. sau gel 0,5% (Condyline, Condylox)	Organe genitale externe pentru leziuni ce nu depășesc 10 cm^
Acidul triclor- sau bicloracetic 80-90%	Organe genitale externe perianal, vagin, col
5-Fluorouracil (5-fluorouracil, Fluorosindan, Fluoroblastin) unguent 5% sau soluție injectabilă	Infecție clinică sau subclinică a vaginului și vulvei Soluția se injectează direct sub condilom
Crioterapia cu azot lichid	Organe genitale externe, vagin, uretră, anus
Electrochirurgia/Electrocauterizare Ctiirurgia	Condiloame voluminoase, pe arii extinse sau care nu răspund la podofilina
Laser terapia	Condiloame voluminoase sau rezistente la alte terapii
Interferon (Roferon A,)	Injectare intralezională
Imiquimod cremă 5%	Organe genitale externe, perianal

Medicament	Dezavantaje
Podofilina 10-25%	Reacţii adverse locale: eritem, durere, arsură, ulceraţii superficiale. Posibil efect mutagen nu se aplică în sarcinăProcent de vindecare 19-60% cu recurenţe 23-70% Aplicarea trebuie făcută de medic Necesită spălare la 1-4 ore de la aplicare.
Podofilotoxina sol. sau gel 0,5% (Condyline, Condylox)	Iritaţie, eritem, durere, arsurăi. Nu se aplică în sarcină. Procent de vindecare 45-82% cu recurenţe de până la 70%
Acidul triclor- sau bicloracetic 80-90%	Durere intensă, eritem, eroziuni Rata de vindecare 50-100% Recurenţe 6-50%
5-Fluorouracil (5-fluorouracil, Fluorosindan, Fluoroblastin) unguent 5% sau soluţie injectabilă	Eritem, arsură, ulceraţii,durere hiperpigmentaţie, edem Contraindicat în sarcină şi lăuzie având efect mutagen şi teratogen. Rata de vindecare 55-65% Recuranţe 30-58%
Crioterapia cu azot lichid	Durere şi necroză locală urmată de formarea de cicatriciRata de vindecare 50-88%Recurenţe 20-70%. Cost crescut
ElectrochIrurgia/Electrocauterizare Chirurgia	Uneori este nevoie de anestezie generalăDurere şi posibil infecţie locală. Pot să apară cicatrici Rata de vindecare peste 93%. Recurenţe 5-30%
Laser terapia	Este nevoie de anestezie locală sau generală. Cost foarte ridicat. Durere, hemoragie, dispareunieRata de vindecare 60-100%. Recurenţe 3-77%
Interferon (Roferon A,)	Cost ridicatEfecte secundare frecvente: cefalee, frisoane, mialgii, greţuri, vărsături, astenie, dispepsie, leucopenie, trombocitopenie. Local: durere, iritaţie, pruritRata de vindecare 42-62%. Recurenţe 20-30%
Imiquimod cremă 5%	Efecte locale: arsură, eritem, durere, ulceraţiIRata de vindecare peste 75%

Medicament	Avantaje
Podofilina 10-25%	Preţ scăzut, efectele secundare sunt uşoare.
Podofilotoxina sol. sau gel 0,5% (Condyline, Condylox)	Permite automedicaţiaNu necesită toaletă după aplicareNu are efect sistemic.
Acidul triclor- sau bicloracetic 80-90%	Cost scăzut. Poate fi aplicat în sarcină.
5-Fluorouracil (5-fluorouracil, Fluorosindan, Fluoroblastin) unguent 5% sau soluţie injectabilă	Efectele secundare apar rar.
Crioterapia cu azot lichid	Aplicaţie directă cu un tampon sau spray. Randament bun în leziuni mici durata scurtă a tratamentului
Electrochirurgia/Electrocauterizare Chirurgia	Este suficientă una sau două şedinţe de tratament
Laser terapia	Sunt suficiente 2-3 şedinţe. Vindecare în 3 săptămâni fără cicatrici.
Imiquimod cremă 5%	Este aplicată de bolnavă.

	Herpes	Sifilis	Sancrul moale	LimJTogranuloma	Grannloma inghinale
Incubație	6-7 zile (2-20)	3-4 săptămâni (10-90 zile)	3-7 zile	3-40 zile	2-4 săptămâni (până ia 6 luni)
Leziune primar»	Vezicula	Papula	Papula sau pustula	Papula, pustula sau vezicula	papule
Număr de leziuni	Multiple ce pot conflua	Una	De obicei multiple	De obicei una	variabil
Diametru (mm)	1-2	5-15	2-20	2-10	Variabil de obicei ntnrc
Margini	Eritcmatoasc	Bine delimitate, elevate	Neregulate, rugoase	Elevate	Elevate, neregulate
Adâncime	Superficiale	Superficiale sau adânc!	Excavate	Superficiale	Elevata
Baza	Gălbuie, gri cu serozitate	Neteda, strălucitoare	Purulenta, necrotica	Variabila	Roșie, aspra "came vie"
Induratie	Nu	Tare, indurat	Moale	Nu	Nu
Durata	Aprox 3 sapt.	Scurta	Scurta	Scurta	Lunga
Recurenta	Da	Nu	Nu	Nu	Nu
Durere	Foarte dureros	Neobișnuita	Foarte dureros	Nu	Extrema
Adenopsitic	Da, feiwa, sensibila, deseori bilaterala	Ferma, nedureroasa, bilaterala	Sensibila, de obicei bilaterala, poate supura	Masiva, sensibila, unilaterala, poate supura	Nu (foane rara)

Bolile Distrofice

Kraurosis Vulvar

Diagnosticul - *se bazează pe 4 elemente*

1. Boala apare la vârstnice.
2. Leziunile sunt limitate strict la vulvă, duc la involuția anatomică a labiilor, clitorisului și duc în final la stenoza orificiului vulvar.
3. Absența leziunilor perivulvare.
4. Clinic: pielea se depigmentează și își pierde suplețea.

Tratament - hormonoterapie; corticoterapie + vitamina E; vulvectomie.

Atrofia Senilă

Poate apărea în mod normal în menopauză, după castrare chirurgicală sau radioterapie și este rezultatul privației de estrogeni.

Tegumentele înregistrează modificări variabile, progresive în timp. Se pierde țesutul celular subcutanat al labiilor și muntelui Venus. Vulva devine beantă. Tegumentele își pierd suplețea, devin uscate. Părul pubian se rărește.

Tratamentul - în cazul în care nu există tumori estrogenodependente se poate administra tratament de supleere cu estrogeni.

Pacienta are obligativitatea de a se prezenta cel puțin o dată la 6 luni la control (vezi "Menopauza").

Afecțiuni Displazice

Leucoplazia

Apare ca o placă sau placarde alb - sidefii, alb - cenușii, ușor proeminente, bine delimitate, cu contur regulat - neregulat.

Stadializarea bolii se face în funcție de aspectul și dimensiunile leziunii:

* ***stadiul I*** plăci alb sidefii, albăstrui, netede, mate, limite mai puțin clare;
* ***stadiul II*** plăci albe bine delimitate, ușor proeminente, simulând un depozit aderent cu suprafață aspră;
* ***stadiul III*** plăci întinse hiperkeratozice;
  > potențial de malignitate - ***epiteliom spinobazocelular.***

Tratamentul

- plăcile de dimensiuni mici se tratează cu ungvente cu Dermatocorticoizi Fluorinați (Locacorten, Fluocinolon, Ultralan);
- plăcile groase se tratează prin electro sau crioterapie;
- plăcile infiltrative necesită vulvectomie.

Neoplazia intraepitelială vulvară

Este o dermatoză care în orice moment se poate transforma în leziune malignă.

Neoplazia intraepitelială este o afecțiune multifocală, care din punct de vedere histologic are trăsături asematoare cu CIN, totuși este considerat ca neoplazia intraepitelială are potențial malign mai scăzut decât CIN-ul.

Diagnosticul

Este facilitat de bandijonare cu acid acetic, ariile de hiperplazie colorându-se în alb, pete ce pot fi folsite și pentru biopsie țintită. în general evoluează asimptomatic, singurul simptom fiind reprezentat de pruritul vulvar.

Tratament

Nu există o codificare a acestui tratament, autorii nefiind de acord asupra unui protocol clar. Au fost recomandate ca tratament, de la simpla observație până la excizia biopsică sau vaporizarea cu CO_2

Boaia Paget sau adenocarcinom vulvar in situ

Afecțiune malignă care debutează ca o placă eritematoasă, iritativă care devine exematoasă (edem și exudat).

Are ca și caracteristică histologică exstența unor celule mari cu nudei mari adesea găsiți în mitoză și citoplasmă clară.

Tratamentul - vulvectomie totală.

Cancerul vulvar

Are o incidență de 3/100 000 de femei pe an.

Etiologia

Este necunoscută. Unele cancere vulvare conțin antigeni virali HPV dar nu se cunoaște cu certitudine rolul acestei infecții în declanșarea bolii.

HIstologic întâlnim două forme: - carcinom scuoamos 85%;
- melanom 5%.

Clinic

Cel mai frecvent se întâlnește la femei peste 60 de ani, care se prezintă pentru iritație și prurit vulvar, masă tumoralâ vulvarâ și/sau sângerare vulvară.

în general diagnosticul este tardiv, în marea majoritate a cazurilor din cauza neprezentarii bolnavelor la consult, dar și prin nerecunoașterea bolii de către medic.

Orice formațiune vulvară trebuie biopsiatâ.

în genereal afecțiunea evoluează cu invadare limfatică precoce, însă lipsa ganglionilor nu garantează lipsa invaziei limfatice.

Ializare	*Stadiul*	
Tis	*0*	*carcinom preinvaziv (in situ)*
^0	*-*	*nu sunt semne de tu. primară*
h	*1*	*tumoră limitată la vulvă, diam. < 2cm*
^2	*II*	*tumoră limitată la vulvă, diam. > 2cm*
h	*III*	*orice tumoră care invadează vaginul + orificiul anal + uretra*
U	*IV*	*invadează uretra superioară, vezica, rectul, pereții pelvieni*
M		*diseminare la organele abdominale, metastaze la distanță.*

Tratamentul este chirurgical și constă în vulvectomie totală radicală, însoțită de, limfadenectomie inghinală și iliacâ externă.

Supraviețuirea la 5 ani este este e 70%.

Radioterapia în general se utilizează după limfadenetomie inghino femurală.

PATOLOGIA COLULUI UTERIN

Introducere

Astăzi se poate spune că abordarea cancerului de col reprezintă cel mai mare succes şi în acelaşi timp, unul dintre eşecurile notabile ale medicinei preventive (Doll 1979).

Succes deoarece cancerul invaziv al colului uterin este una dintre afecţiunile tumorale în scădere ca morbiditate şi mortalitate, eşec pentru că factorii de risc au rămas ipotetici şi nu se cunosc îndeajuns mecanismele patogenetice. Diminuarea mortalităţii se datorează pe de-o parte diagnosticului precoce şi codificării tratamentului leziunilor iniţiale, iar pe de altă parte unor programe adecvate de educaţie sanitară cu o largă răspândire.

Diminuarea mortalităţii se datorează identificării precoce şi tratamentului corect al leziunilor precanceroase şi faptului că histerectomia totală a înlocuit histerectomia subtotală îndepărtând pericolul cancerului de col restant.

Apariţia cancerului de col nu reprezintă un moment exploziv, ci este caracterizată printr-o evoluţie glandulară, a unor modificări progresive ale structurii epiteliale de la metaplazie, displazie, carcinom in situ, carcinom microinvaziv la carcinomul net invaziv.

Cunoaşterea acestor etape dă posibilitatea intervenţiei terapeutice asupra procesului neoplazic în fazele sale iniţiale, ceea ce a ameliorat net rata de supravieţuire.

Liniile celulare anormale (metaplastice, displastice sau de carcinom in situ) pot rămâne în această fază preinvazivă până la 8 - 10 ani (Carenzza 1992). De fapt nu toate celulele supuse stimulului carcinogenetic supravieţuiesc, multe dintre ele fiind eliminate fie datorită morţii celulare spontane fie suprimării lor de către mecanismele de apărare ale gazdei.

Factorul etiologic care intervine în degenerarea malignă nu este încă cunoscut, dar acţiunea lui asupra celulelor cervicale are loc cu siguranţă în timpul procesului de metaplazie a epiteliului cilindric cervical.

PATOLOGIA BENIGNĂ A COLULUI

DISPLAZIILE

Definiţie - reprezintă modificări histologice (de arhitectură, formă şi maturare celulară) ale epiteliului cervical, reprezintă graniţa între normal şi cancerul colului uterin.

Etiologie Astăzi displaziile mucoasei cervico-vaginale sunt considerate boli cu transmitere sexuală (Cartier 1990), cu etiologie multifactoriala. Această ipoteză este fondată pe considerente epidemiologice:

a. Cancerul de col uterin apare foarte rar la virgine;
b. Incidenţa cancerului de col la femei ai căror parteneri au cancer penian este de 5 ori mai mare decât în populaţia martor;
c. Displaziile sunt foarte frecvent asociate altor boli care au transmitere sexuală.

1. Rolul papilloma virusului uman (HPV)

în ultimii ani s-a pus un accent deosebit pe rolul HPV asociat cu alţi cofactori în geneza displaziilor. Sunt numeroase argumente care vin în sprijinul acestei ipoteze:

- unele tulpini HPV sunt transmise pe cale sexuală;
- foarte frecvent cu ocazia unei calposcopii se constată coexistenţa condiloamelor vaginale cu displazia de col;
- la studiul histologic al leziunilor displazice se găsesc adesea aspecte de infecţie cu HPV;
- majoritatea displaziilor, precum şi cancerul de col conţin secvenţe de ADN tip HPV, care au fost puse în evidenţă prin metode de hibridare moleculară.

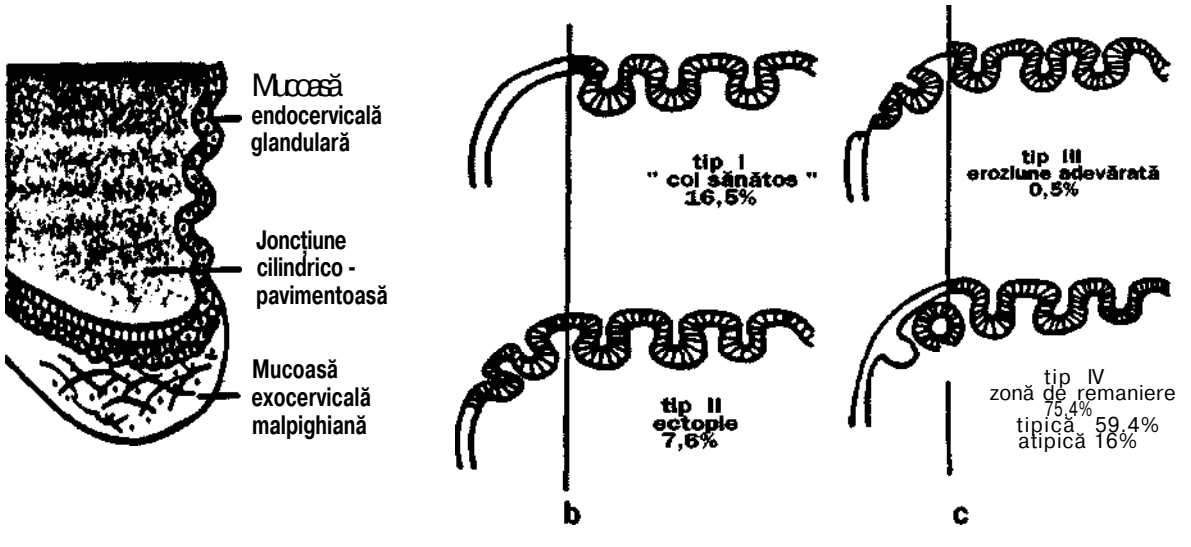
La nivelul leziunilor pot fi identificate mai multe tipuri de HPV: 6, 11, 42, în condiloame; 16, 18, 31, 33 în displaziile grave şi în cancer. Din acest motiv ultimele trei - patru tipuri sunt considerate ca având potenţial oncogen.

2. Factorul hormonal - este foarte controversat, acordându-se un oarecare rol contraceptivelor orale şi expunerii in utero dietiistilbestrol.

3. Factorul imunitar- intervine sigur. în sprijinul acestei ipoteze este numărul mare de displazii la femeile cu imunodepresie (seropozitive pentru virusul SIDA, grefe renale).

4. Rolul virusuluiherpes simplex- HVSZ astăzi este contestat, dar unii autori sugerează un rol declanşator al acestuia într-un epiteliu deja infectat cu HPV.

Histogeneză In marea majoritate displaziile apar în zona de remaniere cu ocazia înlocuirii mucoasei cilindrice provenite dintr-un ectropion (Fig.74 b) cu un epiteliu pavimentos. Histologic această înlocuire are loc printr-o metaplazie pavimentoasă: celulele de rezervă situate între stratul de celule cilindrice şi membrana bazală proliferează dând naştere unui epiteliu pavimentos stratificat, cel mai adesea normal, dar uneori anormal în structura şi caracterele sale celulare (Fig.74 c).



Rg. 74 Joncţiunea a. aspect histologic normal; b.,c. modificări anatomice şi histologice la nivelul regiunii.

Clasificare

Clasificarea OMS (1952) se bazează pe date citologice, făcând diferențiere între displazia severă și carcinomul in situ, diferențiere fără interes practic și prea subiectivă. Richard în 1968 simplifică clasificarea insistând asupra absenței unei limite nete între diferitele tipuri de leziuni, pentru el acestea constituind un aspect continuu, pornind de la anomalii minore până la leziuni grave. El introduce noțiunea de neoplazie intraepitelială (CIN) cu 3 grade (I, II, III) în funcție de gradul de maturare a epiteliului pavimentos patologic.

Totodată renunță la termenul de carcinom in situ pe care îl consideră responsabil de prea multe histerectomii inutile.

în 1989 Richard revine și modifică propria sa clasificare, în noua sa formă bazându-se pe studii comparative între aspectul anatomo - clinic și leziunile de tip viral. El distinge două categorii de leziuni:

- neoplaziile intraepiteliale de grad scăzut - în care se găsesc tulpini virale cu potențial oncogen, cât și neoncogene (CIN I);
- neoplaziile intraepiteliale de grad înalt în care tulpinile virale izolate sunt în totalitate oncogene (CIN II, CIN III)

Această clasificare este în concordanță cu clasificarea bazată pe citologia cervico-vaginală cunoscută sub numele de Terminologia Sistemului Bethesda (TBS). Acesta introduce numai doi termeni:

- "leziune intraepitelială scuamoasă (SIL) de grad scăzut";
- "leziune intrepitelială scuamoasă (SIL) de grad înalt".

Acești noi termeni includ întregul spectru de termeni în mod curent, pentru definirea precursorilor carcinomului epidermoid până la carcinomul epidermoid invaziv.

Modificările morfologice celulare, asociate cu HPV pot delimita o formulare diagnostică separată, deși sunt autori care recomandă includerea lor în cadrul leziunilor "SIL de grad scăzut". Unii citopatologi, în special pe parcursul fazei de tranziție, pot utiliza terminologia anterioară în paralel cu noua terminologie astfel:

a. leziune "SIL de grad scăzut" - alterări celulare asociate cu HPV;
b. leziune "SIL de grad scăzut" - displazie simplă și alterări celulare HPV induse;
c. leziune "SIL de grad înalt" - leziune CIN III.

Datele descrise sunt sintetizate în tabelul următor:

OMS 1952 -1973	**RICHART 1968**	**RICHART 1989**	**SISTEMUL BETHESDA**
Displazie ușoară	CIN **1**	CIN de grad scăzut	"SIL de grad scăzut" - leziune intraepitelială cu potențialitate evolutivă redusă
Displazie moderată	CIN II	CIN de grad înalt	"SIL de grad înalt - leziune intraepitelială cu potențialitate evolutivă crescută
Displazie severă	CIN III		
"Carcinom in situ"			

Pentru a aprecia dacă riscul de malignitate a leziunii este scăzut, dacă este imediat sau îndepărtat se pot folosi unele criterii morfologice, din care mai importante (Papiernik 1990) sunt:

1. Anomaliile de maturare ale straturilor celulare din epiteliul pavimentos sunt reprezentate doar de diminuarea marcată sau absența încărcării în glicogen.

2. Anomaliile nucleare: creșterea raportului nucleului citoplasmatic; poziția nucleului care este perpendiculară pe suprafața epiteliului; mitoze anormale apreciate prin numărul, aspectul și localizarea lor (variația numărului de cromozomi, mitoze pluripolare).

3. Prezența epiteliului pavimentos în lumenul glandular pe care îl poate ocupa parțial sau în totalitate.

4. Congestia localizată în țesutul conjunctiv subadiacent leziunii epiteliale.

Diagnostic și tratament

Displaziile pavimentoase sunt limitate la epiteliu. Ele sunt descoperite cel mai adesea la femei tinere și nulipare. Metodele utilizate pentru diagnosticul histologic și tratament trebuie să fie foarte riguroase și să respecte câteva principii:

- să fie simple, puțin costisitoare dar fiabile, respectiv să excludă riscul unui diagnostic fals negativ;
- să respecte arhitectura colului, permițând o supraveghere ulterioară ușoară prin frotiuri și colposcopie;
- să respecte funcțiile colului și să nu aibă nici o influență negativă asupra fertilității, evoluției sarcinii și nașterii.

Diagnostic

1. Frotiuri de depistare cervicală. Sunt normale sau patologice în funcție de gravitatea displaziei. Nu au valoare în leucoplazie pentru că celulele cheratinizate se descuamează puțin și sunt fără nucleu. Frotiurile nu sunt niciodată suficiente pentru diagnostic. Așa cum am văzut clasificările actuale se bazează pe date anatomo-patologice.

2. Colposcopia. A fost introdusă de Hans Hinselmon în 1925 ca o metodă practică și rapidă de efectuare a unui examen extins al colului. Descrierea aspectelor colposcopice ale displaziilor pornește de la premiza că epiteliul pavimentos normal este bogat în glicogen. Conținutul în proteine este redus, ele fiind localizate în nudei cu talie mică și membrane celulare subțiri. Epiteliul displazic, distrofic și condilomatos este sărac sau lipsit de glicogen, conținând în schimb o cantitate mare de proteine cu localizare citoplasmatica și nucleară. Pentru a pune în evidență acest conținut proteic bogat se folosește acidul acetic în concentrație 3%, concentrație ce nu are nici un efect asupra epiteliului normal, în schimb printr-o coagulare tranzitorie epiteliul bogat în proteine se albește.

Al doilea aspect care trebuie căutat este congestia localizată la nivelul țesutului conjuctiv. Sub epiteliul displazic capilarele sunt dilatate și sunt înconjurate de o zonă inflamatorie mai mult sau mai puțin marcată.

în displazii leziunile sunt întotdeauna situate în zona de remaniere și au un caracter polimorf, asociind zone albe, mozaicuri (punctate) dispuse nesistematizat pe o zonă de congestie intensă.

Nici unul din aspectele topografice sau colposcopice nu au valoare, dacă este luat izolat. Diagnosticul trebuie să se bazeze pe un grup de simptome și întotdeauna trebuie confirmat histologic. Marele dezavantaj al colposcopiei este că poate să admită o leziune endocervicală.

3. Biopsia. Se impune în cazul în care au fost obținute în mod repetat frotiuri tip "SIL de grad scăzut", sau un singurfrotiutip "SIL de grad înalt" sau rar de leucoplazie.

Biopsiile trebuie să fie multiple și efectuate din zonele suspecte identificate colposcopic. în leziunile superficiale recoltarea se va efectua cu pensa de biopsie iar în leziunile profunde unde colposcopia sugerează propagarea leziunii în lumenul glandular se va efectua o excizie largă cu ansa diatermică (Vârtej 1995).

în situația în care leziunea nu este vizibilă, dar avem o citologie suspectă se va executa un microchiuretaj al endocolului (Novak) sau recoltarea se va face prin periaj (cytobrush).

4. Conizația- este considerată de unii autori ca metodă mixtă de diagnostic și tratament. în scop diagnostic este ridicată în caz de leziuni endocervicale fără leziune vizibilă, și în cazurile rare în care leziunea este mixtă exo- și endo cervicală. Excizia se va face urcând cât mai sus în canal și extinzându-se larg spre periferia colului, sau chiar până la vagin.

Tratament local - a reprezentat un mare progres, dar este foarte periculos dacă nu respectă următoarele principii:

- un bilanț colposcopic riguros și care să dea siguranța că leziunea este accesibilă în totalitate, aceasta presupunând de fapt o vizualizare sigură a joncțiunii;
- excluderea unei invazii prin biopsie;
- orificiul extern să aibă o deschidere suficient de largă care să înde-părteze riscul de stenozei secundare, element care ar împiedica o bună supraveghere ulterioară;
- un program riguros de supraveghere de-a lungul anilor a pacientelor;

Se disting două tipuri de metode:

* Distrucția fără control histologic al leziunii sau a profunzimii sale: diatermocoagulare superficială (bipolară, biactivă), diatermocoagulare profundă (bipolară,monoactivă), crioterapie, vaporizare cu laser.

* Exereza leziunilor cu posibilitatea controlului profunzimii lor și prelevării pentru examenul histologic: exereză cu ansa diatermică, exereză cu laser.

Alegerea metodei se face în funcție de:

1. Date topografice: - în leziunile situate în zona de remaniere se va utiliza o metodă care să permită un control histologic:

- conizație pentru leziuni endocervicale;
- exereză cu laser în leziunile exocolului - leziunile situate la periferia colului, în afara zonei de remaniere, superficiale nedepășind 0,5 -1 mm profunzime, leziunile pe vagin pot fi tratate prin distrucție: diatermocoagulare superficială sau vaporizare cu laser.

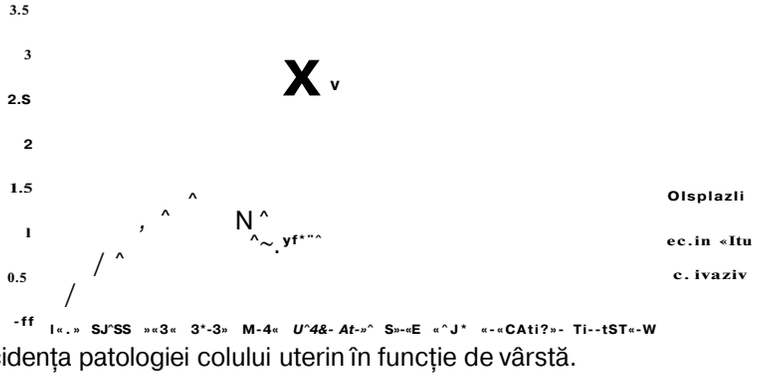
2. Date liistologice:

- CIN I și II - vaporizare cu laser;
- CIN I și II ascensionând în endocol și CIN III conizație sau laser.

PATOLOGIA MALIGNA A COLULUI UTERIN

CANCERUL DE COL UTERIN

Cancerul de col uterin deoarece este frecvent și ușor accesibil este probabil cancerul uman cel mai bine explorat. Prin frecvența sa ocupă locul doi între cancerele aparatului genital feminin. Analiza incidenței neoplaziei indică o creștere progresivă până în jurul vârstei de 55 de ani, cu un vârf în jurul vârstei de 48 de ani, spre deosebire de formele preneoplazice care se întâlnesc la femei cu 10 ani mai tinere (Bathista 1993). Este mai frecvent și grupul de femei ce aparțin claselor socio-economice mai defavorizate. Asfel ocupă primul loc în țările în curs de dezvoltare, și doar locul zece în țările dezvoltate (Parkin 1980, Bremond 1984). în țările dezvoltate incidența este cuprinsă între 17 și 23 noi cazuri la 100 000 femei/an, iar mortalitatea este 3,1 cazuri/an la 100 000 femei (Bremond 1984).



Rg. 75. Incidența patologiei colului uterin în funcție de vârstă.

Factori de risc

Contrar aparențelor la cancer de col nu este legat direct de nivelul de viață, dar aproape sigur depinde de comportamentul sexual:

1. momentul primului raport sexual cu frecvența mai mare la femeile care au avut primul raport sexual înainte de 20 de ani;
2. numărul de parteneri sexuali.

Studiiile epidemiologice au evidențiat începând cu anul 1981 rolul unui agent infecțios transmis pe cale sexuală reprezentat de HPV tulpinile cu potențial oncogen în realitate rolul HPV intervine sub influența altor cofactori fizici și chimici:

* *Rolul tabagismului-* nicotină a cărei putere malefică este recunoscută, este excretată și prin mucusul cervical;
* *Rolul virusului herpes simplex.* A fost avansată ipoteza unei posibile a HSV și HPV. Astfel HSV ar acționa ca inițiator, iar HPV ca promotor.
* *Rolul pilulei contraceptive-* legat de durata administrării și de conținutul în estrogeni.
* *Amplificarea unor proto-oncogene naturale.*
* *Imunodepresla.*
* *Paritatea.* Se pare că există o corelație între multiparitate și carcinomul cervical. Traumatismele cervicale din cursul nașterii pot să reprezinte factori predispozanți.

în concluzie se poate afirma o etiologie multifactorială a cancerului de col uterin, unii factori fiind importanți în inducere, alții în dezvoltarea statusului neoplazic.

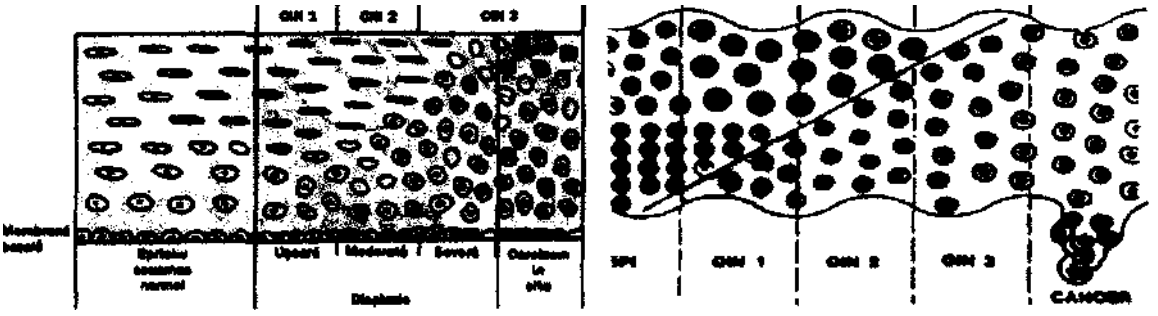
Anatomie patologică

1. Carcinom in sitir. neoplazie intraepitelială cervico-uterină (CIN)

Colul uterin prezintă două component: exocolul acoperit cu un epiteliu multistratificat de tip "paramalpighian" și endocolul acoperit de un epiteliu unistratificat format din celule cilindrice secretorii.

Joncțiunea între cele două tipuri de epiteliu are loc la nivelul orifciului extern. Nivelul joncțiunii este variabil în funcție de impregnarea hormonală. Deoarece endocolul este mai sensibil la stimularea estrogenică, joncțiunea se deplasează spre exterior în toate fazele vieții când există o hiperestrogenie (perioada neonatala, pubertate, prima sarcină), deplasându-se spre interior după menopauză.

Expunerea mucoasei cilindrice la nivelul exocolului duce la apariția unui proces de metaplazie, cu transformare în țesut pavimentos, deosebindu-se însă de epiteliul pavimentos care al exocolului prin prezența în profunzime a glandelor care sunt mai mult sau mai puțin modificate de procesul de metaplazie.



După Papiernik 1990

Fig. 76 Trecerea condilomului plan (SPI: infecție subclinică cu papiloma virus) în cancer invaziv.

Cancerul in situ sau CIN în general se dezvoltă la nivelul acestei zone de metaplazie, adesea fiind cuprinse în procesul neoplazie și glandele endocervicale ceea ce reprezintă o prelungire în profunzime, fenomen ce nu trebuie confundat cu procesul invaziv, deoarece caracteristica CIN-ului este faptul că membrana bazală nu este depășită.

Cancerul in situ se caracterizează printr-o acumulare dezordonată de celule ce respectă stratificarea caracteristică a epiteliului paramalpighian normal) provenite din celulele bazale ale epiteliului pavimentos exocervical și prezentând toate caracterele celulelor canceroase în special nucleu hipertrofie cu contur neregulat și cromatină densă și inomogenă.

Carcinomul in situ se diferențiază de displazii prin două elemente histopatologice, în displazii atipiile celulare fiind mai puțin marcate, iar arhitectura epiteliului de suprafață este foarte asemănătoare cu structura normală.

Nu se cunoaște potențialul evolutiv al carcinomului in situ. Se apreciază că aproximativ 50% dintre aceste leziuni se transformă în cancer invaziv într-un interval de 5 - 15 ani.

Se consideră că este vorba de o leziune evolutivă respectiv displazia se agravează progresiv, având ca o etapă obligatorie cancerul in situ. Totul începe printr-o leziune epitelială condilomul plan - SPI (subclinică! papiloma virus infection) - care are o etiologie virală și este caracterizat prin prezența celulelor Koilocyte care prezintă liză citoplasmatică perinucleară. Pentru a se ajunge la la cancerul invaziv vor fi parcurse etapele CIN^, CIN^, CIN3.

Fig. 77 Fazele evolutive ale neoplaziei intraepiteliale spre cancer invaziv:
1. cancer in situ "extensiv"; 2. cancer in situ "expansiv"; 3. cancer in situ "cu invazie debutantă"; 4. cancer microinvaziv.
Coloana a. reprezintă schematic aspectele anatomice observate atunci când leziunea este pe suprafață. în coloana b. avem aspectul care se regăsește atunci când leziunea este la nivelul criptelor endocervicale. (După Papiemik, 1990)

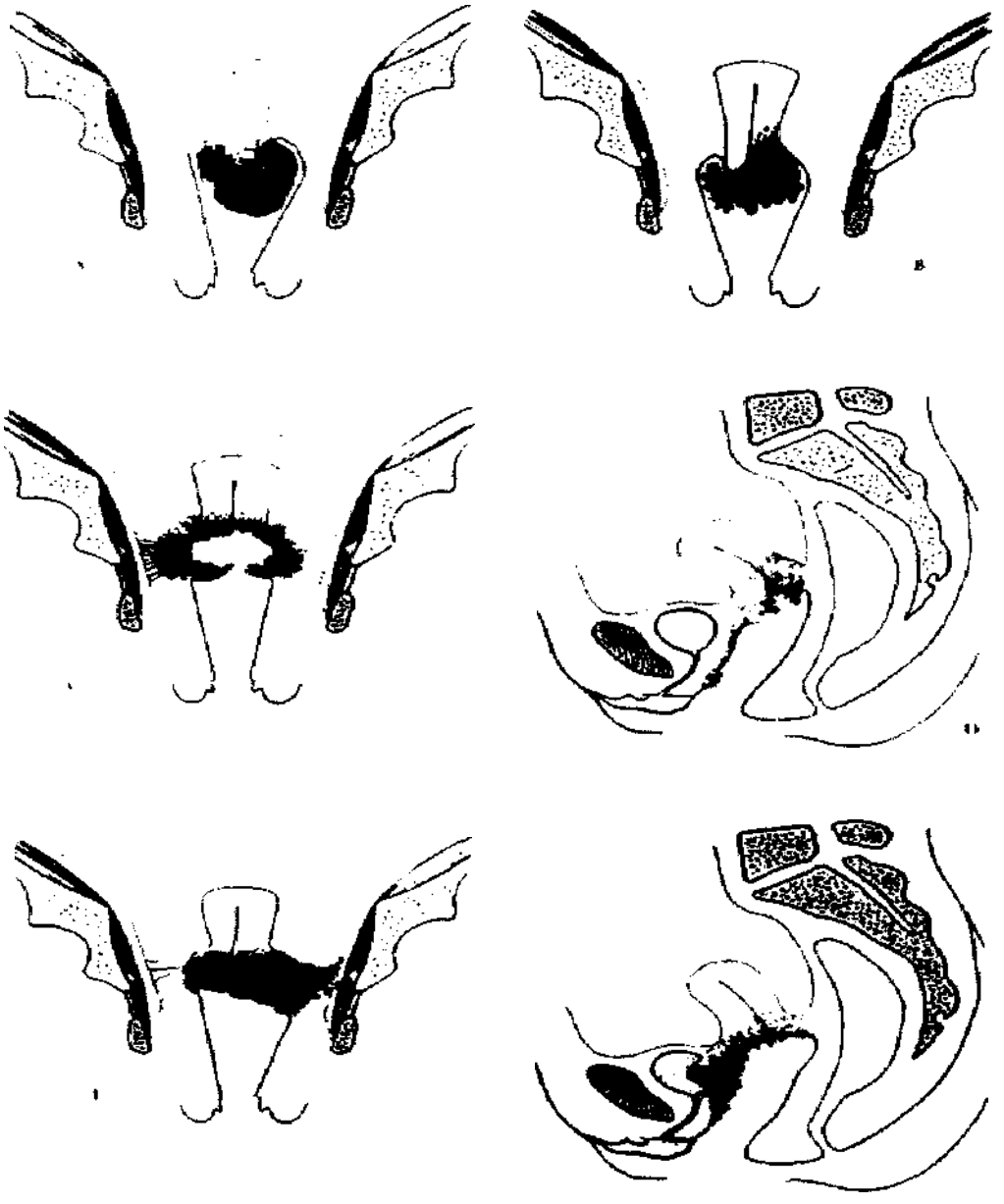


Fig. 78 Reprezentarea schematică a extensiei cancerului de col.

2. Cancerul invaziv - Plecând din faza de CIN invazia țesutului conjunctiv se face în mai multe etape. Prima etapă este ce a invaziei stromale debutante.

a. *Cancerul microinvaziv* - apare și aici o etapă intermediară - cancerul in situ expansiv. Acesta se caracterizează printr-o denivelare a membranei bazale care rămâne intactă datorită împingerii ei spre profunzime de către proliferarea celulară din straturile superficiale.

* *Invazia stromală debutantă- se* caracterizează prin ruperea membranei bazale, cu pătrunderea unor celule în țesutul conjunctiv izolate și organizate în grupuri mici. Penetrarea este limitată la 3 mm.

* *Microinvazia veritabilă-* se definește prin prezența insulelor epiteliale atipice în profunzime, fără a depăși limita de 5 mm, măsurată de la nivelul membranei bazale.

Când profunzimea de penetrare nu depășește 3 mm și lumenele vaselor limfatice sunt libere, nu există pericolul de propagare la distanță, în clasificarea FIGO corespunzând stadiului I A^.

Apariția de celule tumorale în lumenul vaselor limfatice permite încadrarea în stadiul II Aj. Prezența de insule tumorale cu diametru de 4 mm la o profunzime de 5 mm corespunde stadiului I B.

b. *Cancerul invaziv*

Formele histologice cele mai frecvente sunt carcinomul scuamos sau epidermoid și adenocarcinomul.

* *Carcinomul scuamos* poate îmbrăca 3 forme:

- carcinom keratinizant cu celule mari;
- carcinom nekeratinizant cu celule mare;
- carcinom cu celule mici - forma cea mai puțin diferențiată.

* *Adenocarcinomul* are origine din celulele epiteliului cilindric și în funcție de gradul de maturare poate fi clasificat în:

- adenocarcinom mucinos (bine diferențiat);
- adenocarcinom slab diferențiat;
- adenocarcinom nediferențiat.

O categorie histologică aparte o reprezintă adenocantonul, în care forma glandulară malignă se asociază cu metaplazia scuamoasă benignă și carcinomul adenoscuamos unde ambele componente sunt maligne. Foarte rar se întâlnesc carcinomul cu celule clare și carcinomul adenochistic.

Macroscopic leziunea poate îmbrăca mai multe forme:

* Forma exofitică - tumoare vegetantă cu aspect polipoid, friabilă;
* Forma ulcerativă - apare ca un crater cu margini neregulate, dure, infiltrate și proces granulativ în interior;
* Forma endofitică - formațiune de volum variabil și consistență crescută.
* Forma endocervicală - care modifică aspectul și volumul colului ("col în butoiaș").

Extensia

* *Extensia locală*- se valorizează din aproape în aproape în interiorul țesutului conjunctiv.

* *Extensia vaginală* - se realizează în direcția vaginal și a țesutului celular pelvian.

* *Extensia în parametru*- este considerată ca o extensie vaginală semn de a determina stenoza intraligamentară.

* *Extensia la distanță* - se produce în principal pe cale limfatică. Colectoarele principale sunt paralele cu vasele uterine. Stațiile ganglionare sunt atinse progresiv: ganglionii din parametru, ganglionii interiliaci, ganglionii iliaci primitivi și ganglionii lombo-aortici rar.

* *Extensia pe cale sanguină*- este rară și tardivă; localizarea focarelor metastatice mai frecvente fiind în plămân, ficat, peritoneu, schelet, SNC.

Clasificarea FIGO pentru cancerui de col:

stadiul 0	TIS	NO MO - cancer in situ
Stadiul! T^		NO MO- cancer limitat la col
Stadiul 1A^	*k.*	NO MO - invazie stromală debutantă
Stadiul 1 A^	\ ^	NO MO - profunzime mai mică sau egală cu 5 mm și diametrul leziunii mai mic sau egal cu 7 mm
Stadiul 1 B	T,B	NO MO - leziune mai voluminoasă ca T^ A^
Stadiul II	\	NO MO - tumoră depășind colul uterin fără a atinge limitele originii pelviene (perete pelvian, treimea inferioară a vaginului)
Stadiul 11 A	T,A	NO MO - tumora nu infiltrează parametrele
StadiuHI B	T.B	NO MO - tumora infiltrează parametrele
Stadiul III		
Stadiul III A	T3	NO MO -tumora atinge limitele regiunii pelviene (perete pelvian, treimea inferioară a vaginului)
Stadiul III B	T,-3	N^ MO - tumoră însoțită de o adenopatiemetastatică indiscutabilă
Stadiul IV		
Stadiul IV A	\	NO MO - tumora invadează mucoasa vezicii urinare sau a N/ectului sau depășește limitele regiunii pelviene și se însoțește sau nu de o adenopatie indiscutabilă
Stadiul IV B	\-*A*	NO M - cancer cu metastaze la distanță

Clinică şi diagnostic

Chiar dacă din punct de vedere teoretic nu se justifică o împărţire în forme preclinice şi clinice, din punct de vedere practic, această delimitare este utilă.

I. Forme preclinice

Din această categorie fac parte cancerul in situ, alături de celelalte tipuri de neoplazii intraepiteliale şi SPI.

Datorită imposibilităţii diagnosticului clinic am cuprins în această categorie şi cancerul microinvaziv şi cancerul invaziv la debut.

Pentru diagnostic în această etapă se folosesc:

1. Citologia exfoliativă

Examenul permite punerea în evidenţă a atipiilor ce definesc starea canceroasă. Mai mult prezenţa koilocytelor atestă infecţia virală. Trebuie subliniat însă că examinarea are o specialitate foarte bună, dar sensibilitatea metodei este dependentă de gradul atipiilor epiteliale.

Metoda este foarte bună în CIN3 şi mai puţin bună în CINj şi CIN^ unde celulele atipice sunt situate în profunzime cu descuamare limitată.

2. Coiposcopia

Se examinează leziunile care sunt roşii, congestionate, atipice, bine delimitate. Aceste zone vor fi studiate şi după aplicare de acid acetic 3%, zonele suspecte datorită coagulării proteinelor epiteliului atipic vor deveni albe.

Următoarea etapă constă în aplicarea de lugol, zonele suspecte sărace în glicogen nu vor rămâne mai deschise la culoare prin lipsa de fixare a colorantului.

O colposcopie corectă trebuie să pună în evidenţă întrega zonă de joncţiune scuamoasă - cilindrică.

Coiposcopia permite şi studierea reţelei vasculare care poate să fie punctată sau în reţea creând aspectul "în mozaic".

Pentru simplificare se pot descrie următoarele aspecte colposcopice anormale:

- epiteliu alb sau leucoplazic;
- mozaicul;
- punctaţia;
- vascularizaţia atipică.

Prezenţa acestor modificM justifică şi ghidează biopsia ţintită.

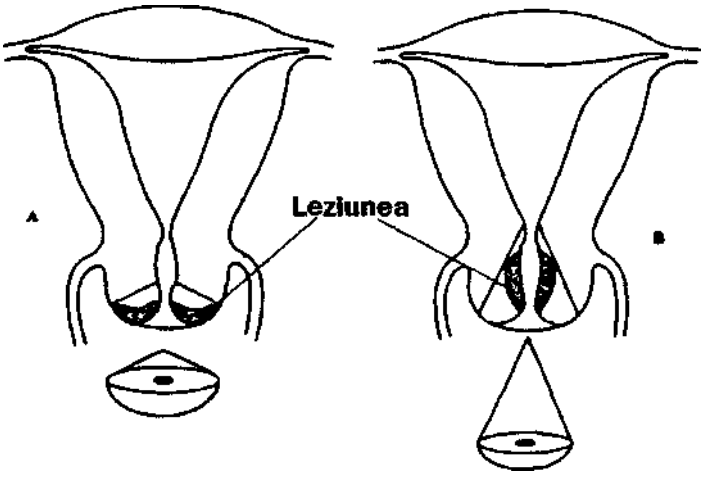
3. Micmcnipoiii^teroscopia

Metodă imaginată de Hamon, constă în studierea celulelor in vivo după aplicarea de lugol 2% pentru epiteliul scuamos, albastru Waterman pentru celulele exocolului şi albastru de metilen 1% pentru celulele endocolului şi endometrului.

4. Biopsia ţintită - sub ghidaj colposcopic se realizează din zonele suspecte evidenţiate la nivelul joncţiunii.

5. Conizaţia coiului

în prezenţa unei leziuni suspecte şi când joncţiunea nu poate fi abordată colposcopic se recurge la conizaţie. Această metodă este o minioperaţie carQ vizează nu numai extirparea unui simplu fragment al leziunii, ci leziunea în totalitate.



Se pot obține informații histologice directe asupra caracterelor morfologice ale celulelor și nucleilor, putând fi abordate zone anatomice dificil accesibile - canalul cervical și cavitatea uterină.

II. Forme clinic manifestate - au o simptomatologie caracteristică, diagnostic pozitiv fiind relativ ușor, problema de rezolvat care rămâne fiind stadializarea.

1. Semne de alarmă

* Metroragia provocată - nu este un simptom patognomonic deoarece și leziunile benigne pot sângera cu ocazia unor traumatisme directe cum este raportul sexual.

* Metroragia spontană - mai ales când apar în postmenopauză pot evoca un cancer de col. în această situație va exista o sangerare veritabilă nu o leucoree sanguinolentă fetidă, caracteristică tumorilor endocavitare.

* Leucoreea muco-purulentă - poate evoca un cancer deja avansat în special a celui dezvoltat din endocol.

* Durerea - este doar în cancerele cu invazie loco- vaginală.

2. Examenul clinic

* Examenul cu valvele - pune în evidență o formațiune tumorală dezvoltată exocervical, vegetanta, friabilă, cu contururi neregulate hemoragica. în tumorile dezvoltate endocervical examenul cu valvele poate să fie negativ.

* Tușeul vaginal - se palpează o formațiune proliferativă putându-i-se aprecia consistența, friabilitatea și caracterul hemoragie. Tot prin această manevră se explorează și fundurile de sac vaginale.

* Tușeul combinat vagino-rectal - abordează parametrele, stabilind gradul de infiltrație tumorală caz în care în locul unui spațiu liber și suplu între col și peretele pevian se va decela o induratie care se poate prelungi până la perete.

3. Examinări paraclinice

* Citologia și colposcopia își pierd din interes, porțiunea tumorală fiind evidentă, în schimb biopsia este obligatorie pentru diagnostic diferențial (sifilis, T.B.C.) și pentru a aprecia tipul de leziune histologică.

* Cistoscopia și rectoscopia se indică în cazul unei suspiciuni clinice de invadare loco-vaginală.

* Urografia este obligatorie pentru a aprecia o eventuală compresiune a căilor excretorii.

* Tomografia și RMN - nu prezintă un interes deosebit. Teoretic, permit vizualizarea formațiunii tumorale și a raporturilor sale anatomice.

* Limfografia - preconizată pentru a pune în evidență metastazele ganglionilor cu un procent mare de rezultate fals negative în caz de metastaze.

* Pelviscopia retroperitonală - permite evaluarea chirurgicală a ganglionilor interiliaci, fără a avea inconvenientele unei intervenții chirurgicale obișnuite.

în concluzie diagnosticul pozitiv al cancerului de col se face prin examenul clinic și biopsie dirijată. Pentru standializare se recomandă folosirea tuturor metodelor paraclinice amintite, care vor fi urmate de un tușeu recto-vaginal efectuat sub anestezie generală.

Tratament

în formele preinvazive:

* Histerectomie totală interanexială. Aceasta poate să fie simplă sau colpohisterectomie respectiv cu excizia unei porțiuni de 1 cm din vagin. Metoda poate fi utilizată și după o conizație în care s-a constatat că excizia nu a trecut prin zonă sănătoasă.

* Conizația. Deși preconizată ca și metodă de diagnostic poate fi considerată ca gest terapeutic cu două condiții:

- excizia să fie făcută în țesut sănătos la distanță de leziune;
- să fie urmată de o supraveghere corectă.

* Coagulare cu laser CO2 - metoda se adresează carcinomului în situ cu extindere limitată confirmat prin biopsie și colposcopie. în prezent metoda este criticată deoarece cancerul microinvaziv poate scăpa celor două metode de diagnostic - colposcopia și biopsia.

* Supraveghere ulterioară - în primii 5 ani se va face anual citologie exfoliativă de pe bontul vaginal sau colul restant, ulterior odată la 3 ani. în situația în care s-a efectuat numai conizația cu ocazia controlului se va face și o colposcopie.

în formele invazive:

* Curieterapia uterovaginală - se face cu Iridium sau Cesium plasat cu ajutorul jnui aplicator în vagin.

* Radioterapie transcutană - se realizează prin telecobaltoterapie sau accelator miar.

* Chirurgia - se va efectua histerectomie totală cu anexectomie asociată cu mfadenectomie iliacă internă, externă și primitivă și cu excizia unei părți din oarametru.

Indicațiile sunt variabile, în funcție de școlile medicale putând fi schematizate astfel:

- Stadiul I şi II A - Curieterapie urmată de colpohisterectomie lărgită cu limfadenectomie şi anexectomie. în caz de invadare ganglionară este ridicată radioterapia externă postoperatorie. Sunt şcoli care preferă în aceste stadii numai actul chirurgical.

- ***Stadiul IIB*** - tratamentul de elecţie este radioterapia, unele şcoli preferând tratamentul combinat radiochirurgical unde radioterapia poate să preceadă sau să urmeze histerectomiei radicale.

- ***Stadiul III şl IV*** - tratamentul de elecţie este radioterapia. Strategia radioterapeutică cea mai comună este asocierea tehnicilor transcutane cu energii înalte (Co 60, accelatori liniari) cu curieterapia endocavitară efectuată cu Radium sau substituanţii lui (Co 60, cisplatinium 137, Iridiu 192).

Eviscerația pelvică reprezintă o intersecţie de excepţie care poate fi propusă doar ocazional.

în stadiile avansate pot fi efectuate intervenţii chirurgicale cu realizarea unor derivaţii paleative urinare şi digestive.

- **Supravegherea ulterioară** - se va face la trei luni în primul an apoi la şase luni, cinci ani şi anual ulterior, constând în examen clinic, căutarea unor eventuale adenopatii inghinale sau subclaviculare, hepatomegalii etc. în primul an o dată la şase luni se vor efectua frotiuri, apoi anual.

Se mai indică o urografie postoperatorie, la trei luni, şase luni, un an şi cinci ani, care poate fi eventual înlocuită cu examen ecografic, o radiografie pulmonară anual.

- **Chimioterapia.** Până în ultimii ani rolul chimioterapiei în tratamentul cancerului de col a fost contestat. Această rezervă se datora eşecurilor tratamentului cu alkilanţi antifolici şi radiomimetici. Studii recente cu bleomicină, mitomicină şi în special cu cisplatinium au schimbat atitudinea faţă de chimioterapie, astăzi majoritatea şcolilor acceptând rolul adjuvant al chimioterapiei prechirurgicale. Chimioterapicele utilizate sunt: cisplatinium, bleomicină şi metotrexatul.

Se acceptă de asemenea rolul terapiei antiblastice în perioada imediat chirurgicală în caz de risc de recidivă, sau când boala este în fază avansată de invazie (interesarea ganglionilor iimfoaortici). Se recunoaşte de asemenea rolul cisplatiniumului în reducerea volumului tumorii şi în tratamentul metastazelor la distanţă, neabordabile chirurgical sau radioscopic.

CANCERUL DE BONT RESTANT

Astăzi este destul de utilizată ca tehnică operatorie histerectomia subtotală ceea ce implică existenţa unei patologii a colului restant. în acest sens se pot descrie două entităţi diferite:

* ***Cancerul propriu-zis de bont restant*** - debutul bolii survenind la un interval de 2 - 3 ani după intervenţia chirurgicală.

* ***Cancerul restant de bont-*** *canceru*\ de col existând în momentul histerectomiei subtotale, dar nediagnosticat.

Diferența între cele două entități nu este speculativă pentru că prognosticul cancerului restant de bont este mult mai rezervat decât cancerul propriu-zis de bont restant.

Atitudinea terapeutică este aceeași ca și cea descrisă pentru cancerul de col, diferența constând într-un act operator mai laborios datorită fibrozelor și aderențelor postoperatorii.

CANCERUL DE COL ERONAT OPERAT

Este vorba de diagnosticul cancerului de col realizat pe piesa operatorie obținută printr-o histerectomie totală simplă, efectuată pentru o patologie benignă.

Teoretic este inadmisibilă sancțiunea operatorie a unei leziuni benigne, fără a face toate investigațiile necesare pentru excluderea concomitentei unui proces malign.

în situația în care s-a efectuat histerectomia și surpriza examenului histopatologic a fost existența și a unui cancer de col trebuie realizată o reevaluare a cazului cu alegerea momentului optim pentru o nouă laparatomie cu efectuarea de biopsii multiple și a unei limfadenectomii sistematice.

Numai după acesta restadializare a cazului se va alege procedeul terapeutic adjuvant util. Efectuarea unei radioterapii "oarbe" nu oferă nici o garanție.

CANCERUL DE COL ŞI SARCINA

Diagnosticul cancerului de col în sarcină trebuie afirmat cu rezervă, datorită posibilelor și nu rarelor erori diagnostice. El trebuie să se bazeze pe biopsii multiple. Este obligatorie citologia exfoliativă la primul control efectuat fiecărei femei gravide.

în prezența diagnosticului cert atitudinea terapeutică depinde de stadiul bolii și de vârsta gestațională.

PATOLOGIA CORPULUI UTERIN

PATOLOGIA ENDOMETRULUI

Obiective

* Cunoașterea semnelor clinice și radiologice ale unui polip endometrial și a unei hiperplazii de endometru;
* Cunoașterea tratamentului în aceste patologii;
* Cunoașterea cauzelor sinechiilor uterine;
* Cunoașterea semnelor clinice și radiologice ale atrofiei de endometru.

Polipul endometrial

Polipul endometrial este alcătuit din țesut endometrial normal, dimensiunile sale fiind variabile. Polipul este atașat de peretele cavității printr-un pedicul de mărimi variabile, în situația în care acesta este foarte lung el permite chiar ieșirea pediculului prin orificiu cervical.

Polipii pot fi unici sau multiplii.

Aspect microscopic

Histologic polipii sunt alcătuiți din endometru funcțional sau nefuncțional.

Diagnosticul diferențial cu fibrom pediculat este relativ simplu, acesta din urmă având în componența sa fibre musculare netede. Nu trebuie scăpat din vedere că macroscopic pot să aibă aspect polipoid și adenocarcinomul sau sarcomul.

Aspect clinic

Principala manifestare clinică a polipului este hemoragia a cărei cantitate nu este în strânsă corelare cu volumul polipului.

în caz de necroză poate apărea și durerea, iar atunci când ea are caracter colicativ trebuie să ne gândim la fenomenul de acușare.

în 10% din cazuri patologia este asimptomatică și polipii sunt descoperiți doar pe piesa de histerectomie.

După menopauză este frecventă asocierea cu cancerul de endometru (10 - 15% din cazuri).

Diagnostic

1. Examenul clinic

Simpla prezență a unei metroragii nu permite diagnosticul de polip endometrial. Aceasta se poate afirma doar în situația în care în urma procesului de acușare polipul se vizualizează la nivelul orificiului cervical extern.

Fig.79
Polip edometrial acușat prin canalul cervical.

După J.L.H. Evers 1996

2. Histerografia

Polipul apare pe filmul radiologie ca o lacună rotundă sau ovalară cu contur bine desenat, de mărimi variabile.

Histerografia permite deci:

- stabilirea diagnosticului de polip;
- afirmarea caracterului benign a leziunii;
- stabilirea localizării polipului;
- stabilirea dacă acesta este unic sau multiplu, sau asociat unei alte leziuni;
- dirijarea chiuretajului uterin.

3. Histeroscopia

Permite vizualizarea, localizarea și extragerea polipului.

Tratament

Polipul va fi rezecat prin chiuretaj uterin sau sub control histeroscopic.

în situația recidivei se recurge la histerectomie. întotdeauna materialul extras se va trimite la examen histopatologic.

Hiperplazia de endometru

Hiperplazia se caracteriazează prin creșterea în număr și densitate a elementelor normale ale endometrului. Tubii glandulari sunt mai numeroși, stroma citogena este mai bogată.

Endometru este mai gros pe toată suprafața sa, el putând forma și polipi.

Aceste modificări din hiperplazie se datorează unei stimulări estrogenice în absența progesteronului. Fenomenul este asociat deci unei anovulații.

Din punct de vedere microscopic se disting două aspecte principale: ***hiperplazia gianduiociiistică****câud* glandele sunt foarte numeroase și dilatate inegal și ***iiiperpiazia adenomatoasă****când* suntem în fața unei proliferări epiteliale și stromale care comprimă tubii glandulari care sunt numeroși dar apar tasați, fără dilatări.

Aspect clinic - diagnostic

Manifestarea clinică a hiperplaziei este menoragia care de obicei apare în perioada de premenopauza (a cărei caracteristică sunt ciclurile anovuiatorii), dar poate apărea și în perioada pubertății sau în cursul perioadei de activitate genitală.

în diagnostic ne va ajuta foarte mult vârsta pacientei, curba termică bazală, histerografia și cliiuretajul biopsie.

Tratament

*** IVIedical**

Se bazează pe prescrierea de progestative, progesteron sintetic. Se va administra Orgametril®, Duphastone®, Medroxiprogesteron®, (vezi Cap. Hemoragii genitale).

* **Cliirurgical**

a. Chiuretajul uterin. El poate fi impus de hemoragie, de un diagnostic incert sau de lipsa de răspuns la tratamentul progestativ.

b. Histerectomia este justificată de persistența sângerării după chiuretajul uterin și dacă femeia este în vârstă.

Dacă femeia este tânără, un al doilea sau al treilea chiuretaj își găsesc indicația în dorința de a amâna o eventuală histerectomie.

Atrofia de endometru din post menopauza

După menopauză când secreția de estrogen și progesteron a încetat, atrofia reprezintă un aspect normal al endometrului.

Aspectul anatomo - patologic este caracterizat de un număr mic de glande ce au un calibru mic, contur neregulat și care se deschid direct pe suprafața endometrului.

Glandele sunt orientate paralel cu suprafața endometrului.

Uneori pot apărea zone de eroziune ale mucoasei astfel încât miometrul este în contact direct cu cavitatea uterină.

Examen clinic - diagnostic

Atrofia fiind o stare fizilogică a post menopauzei în principiu ea nu are nici un semn clinic. Totuși în unele cazuri pot apărea mici metroragii sau leucoree cu aspect sangvinolent.

La examenul clinic vom găsi doar un vagin atrofie, un uter mic involuat și secrețiile patologice care se exteriorizează prin canalul cervical.

Singurul gest logic care se impune atât ca metodă de diagnostic cât și ca tratament, este chiuretajul biopsie.

Sunt astăzi autori care insistă pe importanța examenului ecografic în aprecierea grosimii mucoasei uterine, ceea ce ar permite un diagnostic diferențial cu cancerul de endometru. Examenul ecografic nu poate însă exclude chiuretajul biopsie.

Tratament

Se va executa un chiuretaj uterin hemostatic iar dacă metroragia se repetă se practică histerectomia.

Sinechia traumatică

Sinechia este o lipire a miometrului de pe cele două versante ale cavității, fenomen apărut în urma îndepărtării endometrului printr-un chiuretaj abraziv.

Consecințele sinechiei pot fi:

- o oligomenoree: suprafața endometrului funcțional este redusă;
- o amenoree în caz de sinechie totală sau istmică (sindromul Ashemann);
- o dismenoree;
- sterilitate secundară.

Gravitatea sinechiei depinde de: *etiologie* (cele provocate în post partum sunt mai grave), *mărimea ei* și *vectiimea ei.*

Diagnostic

Diagnosticul se bazează pe anamneză și simptomatologie dar certitudinea ne-0 poate da doar histerografia care va pune în evidență în mod constant o imagine lacunară cu contururi nete, neregulate.

Tratament

Tratamentul este chirurgical și constă în debridarea sinechiei fie prin chiuretaj uterin, fie sub control histeroscopic.

în ambele cazuri după intervenție se va aplica un D.I.U. pentru a preveni o nouă acolare.

CANCERUL DE ENDOIVIETRU

Obiective

* Cunoașterea semnelor clinice care evocă un cancer de endometru;
* Precizarea examinărilor complementare care permit diagnosticul de cancer de endometru;
* Cunoașterea factorilor de risc pentru cancerul de endometru;
* Cunoașterea principiilor tratamentului preventiv în cancerul de endometru.

Cancerul de endometru are reputația, justificată a unui cancer vindecabil și totuși o bolnavă din trei moare din cauza acestei afecțiuni. Aceste decese sunt însă în parte evitabile pentru că multe dintre ele sunt datorate unei erori de diagnostic, unui tratament incorect sau lipsei de prevenție.

Epidemiologie

Epidemiologia cancerului de endometru este cunoscută de mult timp:

1. Frecvență și repartiție geografică

Incidența cancerului de endometru variază ca și cea a cancerului de col, de la o regiune la alta a lumii. Această afecțiune este mult mai frecventă în țările industrializate, creșterea incidenței acestei afecțiuni se datorează atât creșterii fiabilității diagnosticului cât și creșterii speranței medii de viață.

2. Distrofiile și tumorile secretante de ovar pot fi cauza etiologică a unui cancer de endometru. Totuși această etiologie este rară pentru că sindromul ovarelor polichistice și tumorile secretante sunt afecțiuni rare.

3. O cauză, nu de neglijat, în cancerul de endometru poate fi terapia estrogenică. Faptul a fost demonstrat în Statele Unite la mijlocul anilor '70 când după apariția unei cărți de mare succes "Women for ever" s-a constatat o creștere alarmantă a acestei afecțiuni. Cartea recomandă tratamentul cu estrogeni pentru a evita semnele bătrâneții. Ulterior s-a demonstrat că adăugarea de progestative anulează efectele nocive ale estrogenilor și potențează efectele lor benefice.

Hiperestrogenia pare a fi deci un factor important în apariția cancerului de endometru. Estradiolul intră în celule prin intermediarii săi proteinele citoplasmatice. El pătrunde astfel în nucleu și crește sinteza de A.R.N. mesager și apoi de A.R.N. ribozomal. Prezența progesteronului diminua numărul de receptori pentru estradiol. De asemenea el diminua conversia androgenilor în estrogeni și crește catabolismul estradiolului.

Putem concluziona deci că acest hormon are o putere protectoare, împiedicând apariția hiperplaziei, displaziilor și poate a cancerului de endometru, afecțiuni care par a fi favorizate de estrogeni.

4. Triada hipertensiune arterială, diabet, obezitate; reprezintă factori de risc majori în apariția cancerului de endometru.

Principalii factori de risc în funcție de vârsta bolnavei sunt sintetizați în tabelul următor:

ÎNAINTE DE 40 DE ANI	- Ovare micropolichistice - Disgenezie gonadică tratată cu estrogeni - Hiperplazie sau polipi de endometru în antecedente - Utilizarea îndelungată de contraceptive secvențiale
DUPĂ 40 DE ANI ÎNAINTE DE MENOPAUZĂ	La factorii de risc precedenți se adaugă: - Cancer de endometru în antecedentele familiale - Iradieri ale pelvisului în antecedente - Obezitate, diabet, HTA - Lipsa sarcinilor - Sindrom premenstrual, dismenoree, cicluri neregulate
DUPĂ INSTALAREA MENOPAUZEI	Noi factori de risc se adaugă: - Menopauza tardivă - Secreție estrogenică persistentă - Tratamentul estrogenic al menopauzei

Cancerul de endometru, ca și toate cancerele, se dezvoltă în mai multe faze, trecând de la stadiul de cancer in situ până la faza de invaziv.

Aspecte anatomo-pato/ogice considerate ca faze premergătoare cancerului de endometru.

Hiperplaziile de endometru pot fi considerate ca precursori ai cancerului.

* ***HIperplazla glandulochistlcă*** este o patologie comună şi se caracterizează prin dilatarea chistică a glandelor endometriale.

* ***Hiperplazia adenomatoasă*** se caracterizează printr-o proliferare asimetrică care interesează în special tubii glandulari, care sunt mai numeroşi, pseudostratificaţi şi trimit prelungiri în stromă.

* ***Hiperplazia atipică*** - stroma citogenă este rarefiată, tubii glandulari proliferează, cu apariţia de invaginaţii papilare în interiorul lumenului glandular şi evaginaţii mai mult sau mai puţin pronunţate în stromă. Mitozele sunt normale dar sunt mai numeroase.

* ***Cancerui in*** *situesXe* o formă mult mai marcată de hiperplazie atipică, stroma citogenă dispare aproape total, glandele suntjustapuse, mitozele sunt foarte frecvente şi uneori anormale. Citoplasmă este mai abundentă şi eozinofilă, nucleii îşi pierd polaritatea, sunt denşi, neregulaţi şi nucleolii sunt mai proeminenţi.

Potenţialul evolutiv al hiperplaziei de endometru este cunoscut datorită studiilor prospective care au demonstrat această evoluţie în lipsa tratamentului.

Riscul de a dezvolta un cancer de endometru la femeile care au avut o hiperplazie glandulo - chisatica este mai mic de 1% dar ajunge la 25% în situaţia prezenţei hiperplaziei adenomatoase la 80% în urma hiperplaziei atipice.

Cancerul in situ în 100% din cazuri va dezvolta un cancer de endometru.

* ***Adenocarcinomui de endometru*** histologic este dificil să diferenţiem un adenocarcinom de endometru de un carcinom in situ, diferenţele fiind doar de ordin cantitativ: cancerul de endometru este vizibil macroscopic pe piesa de histerectomie.

Aspect macroscopic: materialul de chiuretaj este reprezentat de o masă necrotică, cenuşie grăsoasă, fiabilă. Pe piesa de histerectomie el apare ca o proliferare neregulată şi îmbracă în principal două aspecte:

- polip unic ce are o bază largă de implantare, violaceu şi pe suprafaţa lui prezintă zone necrotice sau hemoragice;
- polipi multiplii care ocupă o mare parte sau în totalitate cavitatea uterină, de formă şi volum varibil, de culoare violacee sau cenuşie, turgescenţi şi cu multiple zone necrotice.

Două treimi din cancerele de endometru sunt adenocarcinoame pure, cealaltă treime fiind acoperită de adenoacantom şi de carcinomul adenoscuamos.

în funcţie de gradul de diferenţiere adenocarcinomui poate fi clasificat astfel:

- *Gradul I* (33%) sau adenocarcinomui bine diferenţiat;
- *Gradul II* (50%) sau adenocarcinomui mediu diferenţiat;
- *Gradul III* (16%) corespunde adenocarcinomului nediferenţiat.

Fig. 81 Cancer de endometru.
Procesul tumora! s-a extins în miometru.

După J.L.H. Evers 1996

Extensie

1. *Extensia în suprafață*

Extensia cancerului în suprafața mucoasei este foarte rapidă, dar în majoritatea cazurilor apariția lui este de la început difuză, dar cu oprirea netă la nivelul orificiului cervical intern, care este mult timp respectat.

2. *Extensia în profunzime*

Infiltrația miometrului de către cancer se face în etape. Fără a avea frontiere anatomice precise, el rămâne cantonat în mucoasa uterină foarte mult timp, nepenetrând miometrul, însă odată infiltrația declanșată nimic nu îl mai oprește. Momentul critic este reprezentat de atingerea zonei vaselor din treimea superficială a miometrului. Ultima etapă este atingerea seroasei cu posibilitatea apariției unor grefe pe peritoneul pelvian și/sau peritoneul visceral.

3. *Extensia la colui uterin*

Extensia la colul uterin se face la suprafața mucoasei, din aproape în aproape. Această infiltrare a stromei cervicale implică aceleași riscuri ca și în cancerul de col: infiltrarea țesutului celular pelvian (parametre, spații interviscerale, vase limfatice).

4. *Extensia la anexe*

Extensia la anexe se poate face fie din aproape în aproape, în suprafața mucoasei tubare, fie prin însămânțare pe calea rețelei limfatice a ligamentului larg.

5. *Extensia la vagin* se face din aproape în aproape dar poate avea loc și prin însămânțare vasculară sau limfatică.

6. *Extensia la distanță* a cancerului de endometru se face pe cale limfatică sau sanguină.

Aspect clinic și diagnostic

a. Semne de alarmă

Semnele de alarmă sunt diferite în funcție de vârsta la care apare afecțiunea:

* înainte de menopauză precursorii și cancerul dau metroragii;

* în postmenopauză precursorii și cancerul de endometru, în general sunt asimptomatici. Atunci când se exprimă clinic se prezintă ca un sindrom caracterizat prin leucoree sanguinolentă, brună sau sero - sanguinolentă, vâscoasă, puțin abundentă dar permanentă. El se poate însă exprima clinic și printr-o hemoragie.

Leucoreea sero - muco - purulentă, intermitent sanguinolentă este al doilea semn clinic de cancer endometrial.

Durerea - cu caracter colicativ precede debaclurile unei piometrii în stenozele cervicale, iar când este continuă semnifică infecția asociată sau extensie tumorală în parametre.

Orice tip de hemoragie la o femeie în menopauză trebuie să fie un semnal de alarmă.

b. Examen clinic

1. Examenul cu valve aduce puține informații.
2. La tușeul vaginal vom găsi un uter ușor crescut de volum și cu o consistență scăzută (ramolit).

c. Examinări paraclinice

* *Histerometria* ca examen adjuvant obligator care precede biopsia pemite în lipsa unor fibroame care măresc şi deformează cavitatea, diferenţierea stadiului I în I a.(sub 8 cm) şi I b. cavitate peste (8 cm), din vechea clasificare FIGO.

* *I-listerografia* este un examen complementar preţios şi pune în evidenţă imagini lacunare endometriale sau contur endocavitar neregulat. Metoda comportă însă riscul diseminării celulelor tumorale şi a infecţiei în cavitatea peritoneală.

* *I-listeroscopia* permite explorarea vizuală a cavităţii uterine cu ajutorul unui histeroscop după destinderea acestuia cu Dextran sau cu COj şi prelevarea biopsiei la vedere.

* *Biopsia de endometru* se poate realiza fie prin chiuretaj clasic, folosind o chiuretă mică sau micro chiureta Novak fie se poate executa sub ghidaj histeroscopic.

* *Ecografia, tomografia computerizată şi RMI^/i-ui'xşx* găsesc indicaţia în evaluarea volumului tumoral şi a gradului de penetrare în miometru.

* *Cistoscopia, urografia i.v., iimfografia, pelviscopia retro - peritoneală* pot fi utilizate în cadrul bilanţului preoperator.

Clasificarea stadiiior clinice

Clasificarea clinică din cancerul de endometru nu codifică indicaţia terapeutică aşa cum este în cancerul de col decât dacă se cunoaşte sediul leziunii prin histerografie, histeroscopie şi gradul diferenţierii celulare (prognostic mai bun în cancerele diferenţiate). De exemplu: fără a şti localizarea leziunii în stadiul I, o histerectomie totală simplă poate fi suficientă în cancerul situat la fundul uterului în timp ce pentru cancerul situat în partea inferioară este nevoie de o histerectomie lărgită cu limfadenectomie, ca în cancerul de col.

Cea mai utilizată clasificare clinică este:

Stadiui O- cancer in situ.
Stadiui i- cancer limitat la corpul uterin.
Stadiui ii - carcinomul a invadat şi colul.
Stadiui III - carcinom extins în afara uterului dar cantonat în pelvis.
Stadiui IV- carcinom extins la vezică şi rect sau/şi în afara pelvisului.

Pentru fixarea prognosticului şi aprecierea rezultatelor terapeutice este mai utilă stadializarea:

Stadiui 1 - carcinom situat la nivelul endometrului.
în acest stadiu este utilă şi aprecierea gradului de diferenţiere:
G^ - cancer glandular înalt diferenţiat.
G2 - cancer glandular moderat diferenţiat cu arii solide.
G3 - cancer predominant solid sau complet nediferenţiat.
Stadiui II - carcinom invadat superficial în miometru.
Stadiui III - carcinom invadat profund în miometru.
Stadiui IV- carcinom invadat la nivelul ovarelor, ligamentelor largi, colului, ganglionilor pelvieni.
Stadiui V- care depăşeşte micul bazin.

Tratament

Tratamentul cancerului de endometru este preponderent chirurgical.

1. *Tratamentul chirurgical* constă în histerectomie totală obligatoriu cu anexectomie bilaterală.

Histerectomia lărgită e completată cu limfadenectomie este utilă în situația în care este invadat miometru, fapt greu de evaluat înainte de intervenție. Dar se știe că există o corelație între gradul de diferențiere histologică și riscul de penetrare.

în localizările istmice atitudinea va fi aceeași ca și în cancerul de col.

2. *Radioterapia* își are indicația în special ca soluție terapeutică la cazurile inoperabile, dar ea poate fi folosită și ca tratament adjuvant:

* Curieterapie post operatorie pentru a evita recidivele pe bontul vaginal.
* Radioterapie transcutană pre sau post operator.

3. *Hormonoterapia țioaXe* fi interesantă mai ales în tratamentul formelor depășite sau în caz de recidivă: - progestative și antiestrogeni (Tamoxifen).

4. *Chimioterapia* este rezervată formelor depășite.

Există tratament preventiv în cancerui de endometru?

șinând cont de cele descrise la capitolul epidemiologie se poate aprecia că pot fi propuse câteva măsuri preventive:

* Tratament progestativ sistematic cu derivați de norsteroizi în caz de:
  - hiperplazie sau polip endometrial;
  - cicluri anovulatorii cu insuficiență luteală care determină cicluri neregulate, spaniomenoree sau cicluri abundente;
  - tratament estrogenic substitutiv în disgenezia gonadică și mai ales în menopauză.
* Tratamentul precoce și susținut al sindromului ovarelor micropolichistice pentru a evita la aceste bolnave perioadele lungi de hiperestrogenie relativă, necontrabalansată de o secreție progesteronică.
* Renunțarea la tabletele contraceptive secvențiale.

Fibromul uterin

Fibromul uterin este o tumoră benignă formată din țesut muscular neted de tip miometrial și din țesut conjunctiv.

După predominența țesutului conjunctiv sau muscular, tumora a fost numită fibrom, miom (leiomiom) sau fibromiom. Fibromul uterin poate fi unic dar de cele mai multe ori sunt prezenți mai mulți noduli.

Frecvență

Aproape 20% din femeile care au depășit vârsta de 35 de ani prezintă afecțiunea. în general fibromul este diagnosticat între 40 și 50 de ani. Apariția lui la vârste de sub 30 de ani este rară (3%).

Etiologie

Nu se cunoaşte etiologia fibromului uterin, toţi autorii sunt însă de acord că fibromul este expresia miometrială a unei hiperestrogenii locale. El se dezvoltă în timpul perioadei de activitate genitală cu o recrudescenţă în premenopauza, perioadă caracterizată de lipsa ovutaţiei şi de insuficienţa luteală; el involuează la menopauză sau după castrare şi nu apare niciodată înainte de pubertate.

Fibromul este deci o tumoră benignă hormono - dependentă. Dezechilibul hormonal care influenţează dezvoltarea sa este o hiperestrogenie relativă. Această hiperestrogenie este mai mult locală decât generală, neexistând o corelaţie între nivelul plasmatic al estradiolului şi prezenţa fibromului uterin.

Studiul receptorilor steroidieni de la nivelul celulelor miometriale a permis formularea unei teorii etiologice care afirmă existenţa unor tulburări de receptivitate tisulară, astfel: fibromul are un număr mai mare de receptori estrogenici decât miometrul ce îl înconjoară şi în faza luteală fibromul are mai puţini receptori pentru progesteron în comparaţie cu endometrul subdiacent.

Anatomie patologică

Din punct de vedere macroscopic sunt tumori rotunde sau lobulate, de consistenţă dură, care scârţie la secţiune din cauza condensării de ţesut conjunctiv.

Fibromul este limitat de o pseudocapsulă care permite clivajul între muşchiul uterin şi tumoră. Fibromul este rareori unic şi volumul său variază de la un cap de făt la un grăunte de nisip.

Localizarea fibromului variază în funcţie de diferitele regiuni anatomice ale uterului. Cea mai frecventă localizare este cea corporeală (96%); în 1% din cazuri îl vom întâlni la nivelul istmului şi în 3% la nivelul colului.

Dacă apreciem localizarea fibromului în raport cu peretele uterin el poate fi: *subseros,* şi în această situaţie poate fi pediculat sau sesil; îl putem găsi în grosimea stratului muscular, *interstiţial* sau sub endometru, bombând în cavitatea uterină, *submucos.*

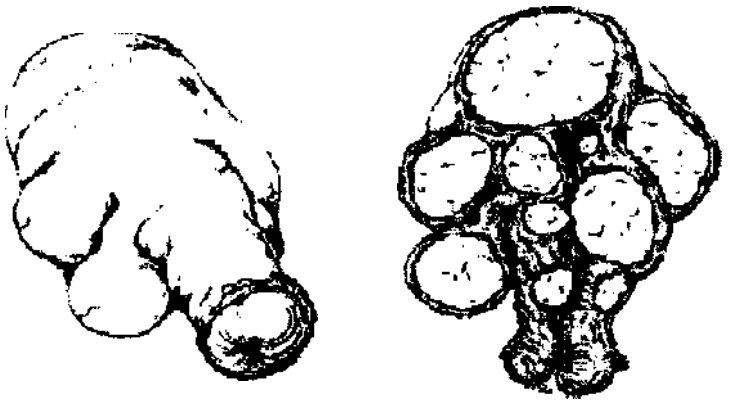


Fig. 82 Fibrom uterin. Prezentarea diferitelor localizări posibile.

După J.L.H. Evers 1996

Diagnostic

Simptomatologie

»

La un important număr de bolnave fibromul evoluează asimptomatic și el este descoperit doar la un examen ginecologic periodic. Ca semne funcționale găsim:

* Hemoragiile uterine constituie simptomul funcțional cel mai constant fără însă ca în felul lor de manifestare să aibă ceva caracteristic. Cel mai adesea sunt formă de menoragie și evident fibromul submucos este mai hemoragie. Metroragiile, sângerarile intermenstruale, în principiu, trebuie să ne determine să căutăm o hiperplazie glandulo - chistică asociată sau chiar un cancer de endometru.

* Leucoreea se întâlnește fie sub formă de glere abundente, fie sub formă hidroreică.

* Durerea este pe cât de necaracteristică pe atât de inconstantă. Ea se poate limita la o senzație de tensiune pelviana, creșterea ei în intensitate fiind datorată unei complicații acute sau cronice (compresiune vezicală sau rectală, necrobioză aseptică sau septică, expulzia unui polip fibromatos, torsiunea unui fibrom pediculat)

* Creșterea în volum poate avea loc rapid și fibromul să devină palpabil trans-abdominal.

Examen ciinic

Examenul ginecologic se va efectua după evacuarea vezicii urinare.

1. *Inspecția abdomenului*

Aduce informații doar în fibroamele mari când la palparea transabdominală vom găsi un uter mărit de volum, dur, cu contur neregulat, boselat.

2. *Examenul cu valve*

Ne poate ajuta în aprecierea existenței sau nu a unor scurgeri patologice și eventual de a aprecia existența unei deviații de col.

3. *Tușeul vaginal*

Examinarea va pune în evidență anomalii variabile în funcție de tipul de fibrom:

* Fibromul interstițial determină apariția unui uter deformat, boselat.

* Fibromul submucos nu determină modificări de formă sau mărime uterină.

* Fibromul subseros apare sub forma unei mase rotunde, dure de volum variabil, solidară și mobilizabilă cu corpul uterin fără un șanț de separare între el și corp. Aceste caracteristici ne permit diagnosticul diferențial cu tumorile ovariene.

Examinări compiementare

a. Ecografia

Ea poate preciza numărul, localizarea, dimensiunile fibromului și eventual prin modificările de ecostructură pot fi bănuite unele complicații.

b. Histerosalpingografia

Considerată de unii ca un examen esențial, ea poate aduce informații în:

* un fibrom submucos intracavitar, când vom obține o imagine lacunară, intracavitară, cu contururi nete, regulate, bine vizibile;
* în fibromul interstițial, cavitatea uterină va avea marginile deformate, în uterul polifibromatos imaginea putând fi policiclică;
* în fibromul subseros cel mai adesea examenul este negativ, eventual vom găsi o latero - deviație a cavității.

c. Histerti- opia și chiuretajul biopsie

Histeroscoi) a permite o vizualizare panoramică a ansamblului cavității uterine.

Fibromul submucos apare ca o masă rotundă, dură, care uneori se opune introducem histeroscopului.

Examinarea ne permite și studiul mucoasei uterine și recoltarea de material pentru biopsie. *

Chiuretajul uterin este o manoperă ce poate fi impusă de un accident hemoragie dar în mod corect el ar trebui să preceadă intervenția chirurgicală pentru a fi siguri că nu este prezent și un cancer de endometru.

Complicațiile fibromului

/. *Complicații acute*

* *Torsiunea*

Complicație a fibroamelor subseroase pediculate, torsiunea acută sau subacută se caracterizează prin:

- durere abdomino - pelviană violentă apărută brusc;
- stare de șoc de intensitate variabilă;
- grețuri, vărsături, oprirea tranzitului pentru gaze;
- temperatură normală (la debut);
- masă latero - uterină foarte sensibilă la tușeul vaginal.

* *Necroza aseptică acută*

Este un accident ischemic în cadrul hipovascularizației locale, este un adevărat infarct intratumoral care va declanșa:

- durere pelviană paroxistică;
- metroragie inconstantă cu sânge închis la culoare;
- subfebrilități;
- modificări ale fibromului care la tușeu îl vom găsi crescut de volum, moale, dureros.

Tratamentul în urgență este medical: repaus, pungă cu gheață, antibioterapie, antinflamatorii. în caz de eșec se recurge la tratament chirurgical.

* *Necrobioza septică*

Se întâlnește cel mai frecvent în localizările submucoase, pediculate. Torsiunea pedicolului produce ischemia și necrobioza nodulului și infecția mai ales cu anaerobi, gangrena umedă a acestuia. Transformările vor determina:

- leucoree cu sfacele tisulare cu miros putrid;
- alterarea stării generale a bolnavei;
- febră 38 - 39 grade;
- tratamentul este chirurgical și se vor administra antibiotice cu spectru larg.

* *Hemoragia uterină acută*

Chiar dacă este abundentă uneori ea cedează la uterotone și estrogenoterapie parenterala: - Premarin 1 f la 12 ore, Primolut 4 comprimate în primele patru zile și 2 comprimate în zilele următoare.

- Ergomet sau Metergin 2 f/zi i.m.

în caz de eșec se practică chiuretajul hemostatic, uneori fiind necesară chiar histerectomia de hemostază.

* *Hemoperitoneul*

Ruptura unei vene superficiale a unui fibrom subseros este o complicație excepțională.

* *Retenția acută de urină*

Un fibrom anterior al colului sau al istmului, precum și un fibrom posterior al corpului uterin inclavat în Douglas, care determină o retroversie foarte accentuată, pot provoca o retenție acută de urină.

//. ***Complicații cronice***

* *Anemia*

Hemoragiile pot să determine o anemie feriprivă care mult timp este bine tolerată.

* *Compresia*

- compresia ureterală este o complicație gravă, ea putând determina o hidronefroza cu o simptomatologie frustă. Din acest motiv atunci când avem un fibrom inclus în ligamentul larg este bine să completăm investigațiile cu dozarea creatininei și ureei și să indicăm o ecografie renală sau o urografie.
- compresia vezicală dă disurie și polakiurie.
- compresia rectală determină apariția tenesmelor.
- compresia vasculară venoasă și limfatică poate determina apariția edemelor si să favorizeze flebitele.

* *Evoluție, transformări și degenerescente*

Fibroamele nesancționate printr-o intervenție au tendința să crească; cu cât au apărut la vârste mai tinere creșterea este mai rapidă.

Sarcinile apărute la purtătoare de fibroame prin secreția placentară de estrogeni produc Inipertrofia nodulilor fibromatoși. Involuția din lăuzie interesează deopotrivă uterul cât și nodulii de fibrom.

Creșterea fibroamelor este amplificată după 40 de ani când numărul ciclurilor ovulatorii scade și efectul antiproliferativ al progesteronului se reduce.

După menopauză fibroamele au tendință naturală de involuție, prin înlocuirea componentei musculare cu cea conjunctivă.

în timp fibromul poate suferi următoarele transformări:

a. Calcifierea - fibromul devine foarte dur.
b. Lichefierea mixoidă, datorată unei ramoliri difuze.
c. Scleroza hialină - corespunde unei remanieri a fibromului, fibrele musculare fiind disociate de travee de țesut colagen hialin.
d. Metaplazia grăsoasă - tumora se transformă într-un leiomiolipom.
e. Degenerescenta chistică - o necroză aseptică lentă poate treptat să transforme țesutul intratumoral într-o substanță păstoasă sau lichidă formându-se adevărate chiste intratumorale.
f. Degenerescenta sarcomatoasă este excepțională.

Creșterea rapidă în volum a unui fibrom, alterarea recentă a stării generale la o femeie în menopauză trebuie să ne facă să ne gândim la posibilitatea unui leiomiosarcom.

Prognosticul este rezervat, metastazarea sa hepatică și pulmonară fiind rapidă.

III. Complicații obstetricale

1. întreruperea spontană a cursului normal al sarcinii (avortul spontan) este o posibilitate frecventă a uterelor fibromatoase, accidentul se datorează unei nidații necorespunzătoare pe o mucoasă de proastă calitate.
   Prezența fibromului dublează riscul apariției unui avort.
2. Crește riscul de naștere prematură.
3. Fibromul este factor favorizant în apariția placentei praevia.
4. în cursul travaliului un fibrom interstițial poate determina apariția distociei de dinamică iar un fibrom istmic poate determina apariția unei distocii mecanice.
5. în lăuzie poate apărea necroza aseptică a fibromului uterin.

Tratament

1. Tratament medical

Tratamentul medical este un tratament simptomatic al menoragiei și el încearcă să corecteze hiperestrogenia relativă.

a. Progestative de sinteză
- Derivați de 19 nortestosteron: Lynestrenol, Orgametril;
- Derivați de 17 hidroxiprogesteron: Medroxiprogesteron, Duphastone;
- Derivați de 19 norprogesteron: Surgestone.

b. Antigonadotropi
- Agoniștii de LH - Rh determină o castrare farmacologică a cărei inconvenient imediat sunt bufeurile și la distanță este osteoporoza. Rezultatele sunt variabile și eficacitatea este tranzitorie, oprirea tratamentului ducând la recreșterea în dimensiuni a fibromului.

2. Tratamentul chirurgical

Sunt posibile două tipuri de intervenție:

a. Miomectomia - permite conservarea uterului și a funcției reproductive dar comportă riscul hemoragiei postoperatorii și a recidivei tardive a fibromului.

b. Histerectomia - pune trei probleme:
- Alegerea între histerectomia totală și histerectomia subtotală, alegere ce depinde de starea colului, topografia fibromului și starea perineului.
- Alegerea căii de abord: histerectomia pe cale vaginaiă este indicată dacă există un prolaps asociat sau un fibrom intracavitar suprainfectat; ea este contraindicată în fibroamele voluminoase.
- Problema conservării ovarelor: ovarele trebuie conservate dacă anexele sunt sănătoase și dacă pacienta are sub 45 de ani.

Principii generale de tratament

* Tratamentul medical progestativ se face în caz de menoragii și în absența leziunilor organice, endocavitare, fapt verificat prin chiuretaj biopsie. Tratamentul durează 10 zile între ziua 15-a și 24-a a ciclului menstrual.

* Tratamentul chirurgical va fi discutat de la caz la caz în funcție de tipul, localizarea și mărimea fibromului, de vârsta pacientei și de dorința acesteia de a mai avea sarcini.

* Histerectomia totală (în principiu) se face în caz de eșec al tratamentului medical, hemoragii rebele, creșterea rapidă în volum a fibromului, compresie urinară sau digestivă.

* Miomectomia se va face la femeile tinere care nu și-au încheiat programul reproductiv și în funcție de condițiile locale la pacientele care refuză histerectomia.

* Rezecție transcervicală, histeroscopia permite rezecția transcervicală a fibroamelor submucoase mai mici de 5 cm sau după o pregătire prealabilă prin administrarea de analogi LH - Rh. Administrarea acestora 8 săptămâni pot determina o scădere a mărimii fibromului cu 30 - 40%.

PATOLOGIA OVARIANĂ

Obiective

* Recunoaşterea celor două mari categorii de afecţiuni ovariene;
* Diagnosticul diferenţial al posibilelor afectări ovariene;
* Posibilităţi terapeutice.

Diagnosticul distrofiilor şi al tumorilor ovariene este dificil, ele fiind de multe ori asimptomatice, depistarea fiind întâmplătoare. Anamneză şi examenul clinic oferă date necesare diagnosticului diferenţial, esenţiale fiind vârsta la care s-au decelat manifestările clinice, valorile dozărilor hormonale, aspectul ultrasonografic şi structura histologică. în funcţie de datele obţinute se alege terapia cea mai adecvată.

Clasificare

I. Distrofii ovariene
- A^. Primitive
- Aj. Secundare
- B^. Proliferative
  - chistice B^^
  - polichistice B^j
  - stromale $B_{1.3}$
- B . Regresive

II. Tumori ovariene
- benigne
- maligne
  - primare
  - secundare (metastatice)
- chistice
- solide

Cel mai important criteriu de diagnostic al tumorilor ovariene îl reprezintă examenul histo-patologic. Există şi o clasificare clinico-histologică, ce se bazează pe aspectul, acţiunea şi evoluţia tumorii.

I. DISTROFIILE OVARIENE

Au o etiologie plurimorfă, sunt de natură benignă, se însoţesc sau nu de tulburări funcţionale, apar în diverse decade ale vieţii genitale, dar aceste criterii nu le încadrează în clasa tumorilor ovariene.

A^. Distrofiile ovariene primitive, apar în special în perioadele în care zona gonadostat se organizează sau se dezorganizează, deci sub 20 de ani sau peste 40 de ani, delimitarea fiind greu de făcut între cauzele ce le determină. Trebuie ţinut cont de afectarea receptivităţii ovarului la disfuncţia hipotalamo-hipofizară, tumori sau traumatisme cranio-cerebrale, modificări metabolice ale secreţiei de testosteron.

Metodele de tratament se adresează în special ovarului, succesele obținute demonstrează rolul esențial al acestuia.

Aj. Distrofiile ovariene secundare^ sunt cauzate de factori ce acționează la nivel local sau general afectând funcționalitatea lor.

Structura ovarului poate fi afectată de procese inflamatorii locale (BIP) sau generale (parotidită, TBC genital) în fază acută sau sechelară.

Modificările circulatorii locale, fie arteriale, fie venoase, pot explica apariția distrofiilor ovariene, mai frecvent în cazul tulburărilor de statică și dezvoltare a uterului (prolapsul, fibromul uterin).

Administrarea incorectă a contraceptivelor orale și inductorilor de ovulație, medicația neurotropă, ovarectomia unilaterală extinsă, reprezintă cauze ce pot genera chiste ovariene.

Bj^. Distrofiile ovariene proliterative. Anomaliile în procesul de maturare a foliculului, cu ruperea lui și apariția corpului galben ce se transformă în corp albicans, duce la diferite distrofii ovariene.

* *B^^ Distrofii proliferative cliistice*

1. Chistul folicular, apare datorită deficitului de LH, când sub stimularea FSH-ului, foliculul se dezvoltă în exces, faza ovulatorie și progesteronică lipsind, apărând astfel cicluri ovulatorii. Reprezintă între 20-50% dintre chistele funcționale, putând apărea și după stimularea cu inductori de ovulație. Diagnosticul formelor inaferent clinic, este întâmplător. Manifestările clinice sunt reprezentate de amenoree, meno-metroragii intermitente, durere spontană sau hemoragie intrachistică în caz de ruptură, sau torsiune, palparea bimanuală a unei formațiuni latero-uterine de până la 6-8 cm. Evoluția poate să fie spre regresie spontană sau spre complicare ce nu poate fi diagnosticată cu siguranță decât prin laparoscopie sau la nevoie laparotomie. Tratamentul implică la cazurile necomplicate blocarea axului hipotalamo-hipofizar cu progestative de sinteză sau contraceptive orale timp de 6 luni.

2. Chistul luțeai, rezultă după ovulație, când, secundar unui exces de hemoragie intra-chistică, aceasta se destinde și se rupe apărând un hemoperitoneu (corp galben rupt). Există și situația de corp galben hemoragie nerupt, ce apare sub influența unei hiperstimulări de FSH sau LH, sau la femeile histerectomizate datorită acțiunii luteolitice a uterului, sau după tratamentul de stimulare ovariană. Corpul galben chistic, se întâlnește în debutul sarcinii și dispare după 12 săptămâni de gestație, sau în caz de molă, când apare aspectul de chiste luteale, datorită hipestimulării gonadotrope. în general evoluția chisturilor luteale se caracterizează prin durere, tulburări de flux menstrual, apariția unei formațiuni uni sau bilaterale, care de obicei regresează spontan sau în caz de molă după dispariția factorului de stimulare. Tratamentul formelor necomplicate este prin blocare estro-progestativă, iar a formelor complicate cu abdomen acut, prin laparoscopie sau laparotomie.

* *B^2 Distrofii proiiferative poiicliistice*

1. Ovarul polichistic, boala ovarelor unico-polichistice, distrofia ovariană se întâlnește mai ales la cei doi poli ai vieții genitale, fiind de obicei bilaterală, și se

manifestă prin creșterea în volum a ovarelor, ce au suprafața boselată și conțin formațiuni chistice multiple cu diametrul intern 1-3 cm, delimitate spre exterior de o capsulă cenușiu deschisă. Diagnosticul clinic se face pe baza următoarelor simptome:

- durerea, cu caracter surd, accentuată periovulator, uni sau bilaterală;
- dispareunia;
- instabilitate psihică;
- menstruații neregulate;
- sterilitate.

Semnele fizice locale constau în decelarea unor ovare mărite în volum, sensibilitate la palpare, cu contur boselat. Curba termică bazală este monofazică, iar dozările hormonale evidențiază o hiperestrogenemie și un deficit de fază luteală.

Diagnosticul de certitudine îl dă explorarea laparoscopică.

Ca și principii de tratament, pe primul plan este punerea în repaus a ovarelor prin administrarea de estro-progestative, sau progestative în deficitul de fază luteală, completat cu administrarea de sedative, antialgice, balneo-fizio-terapie.

2. Sindroamele Stein-Leventhal

Este consecința unei dereglări a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian, ce apare frecvent la pubertate, se manifestă prin reducerea treptată în timp, ce ajunge până la absența menstruației, obezitate, hirsutism, și alte fenomene de virilizare, sterilitatea prin cicluri anovulatorii.

Ovarele sunt mărite în volum, cu multiple chisturi cu 0 < 1 cm, situate sub un înveliș fibros reprezentat de capsula netedă, strălucitoare. Din punct de vedere hormonal există un nivel seric crescut de LH și de androgeni de origine ovariană. Consecința acestor ultime modificări o reprezintă creșterea prin conversie a estrogenilor ce duce prin mecanism de "feed back" negativ la scăderea FSH-ului și "feed back" pozitiv la o secreție abundentă de LH.

Astfel sub acțiunea combinată hormonală mai sus menționată la care se adaugă și hiperinsulinemia, apar fenomenele clinice ce caracterizează sindromul.

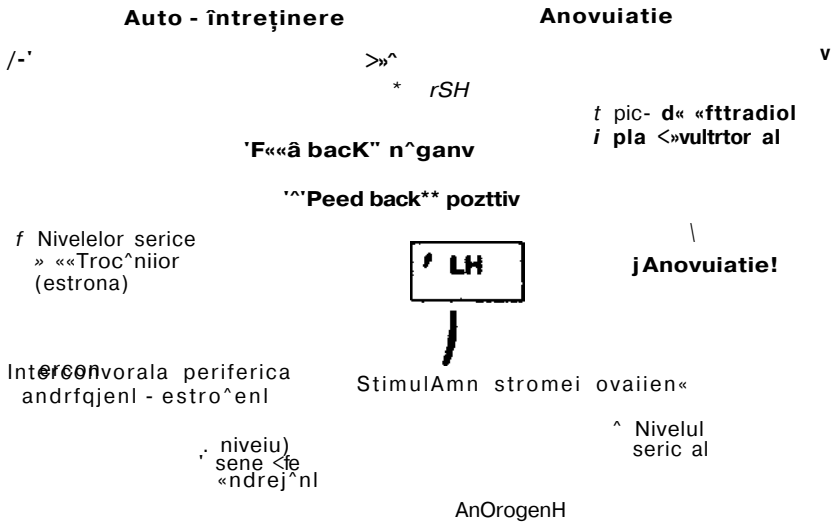


Fig. 82 Patologia Sindromului Stein Leventhal.

Ca metode complementare de diagnostic, alături de examenul clinic și dozările hormonale, trebuiesc menționate:

- examenul ecografic;
- biopsia de endometru ce arată un endometru hiperplazic consecutiv anovulației;
- laparoscopia vizualizează ovarele cu aspect "de porțelan", a căror biopsiere confirmă diagnosticul.

Tratamentul cel mai eficient îl reprezintă rezecția cuneiformă a ovarelor, puncția, biopsia ovariana, decorticarea sub control celioscopic. Reducerea stratului adipos prin regim alimentar, igienă fizică, liposucțiune, diminuează rezistența la insulina cu modificări consecutive a compresiei hormonale la acest nivel.

Asocierea inductorilor de ovulație (Clomifen, Clostilbegyt) în cazul doririi unei sarcini este indicată pentru că substanța activă are proprietăți antiestrogenice, ce intră în competiție cu nivelul seric crescut de estrogeni, ducând la ovulație și posibilitatea de fertilitate. în ultimii ani se utilizează în acest scop și stimulatoare FH prin administrare de Puregon.

în absența dorinței unei sarcini, se administrează estrogeni combinați cu acetat de ciproteron (Diane 35) ce blochează acțiunea hormonilor sexuali masculini produși de organismul femeii, astfel încât se ajunge la o ameliorare a acneei, alopecia androgenică, seboreea, formele ușoare de hirsutism.

3. Sindroamele parasteiniene se caracterizează printr-un ovar mult mărit, prins în aderențe ce sugerează etiologia inflamatorie, alături de cea congenitală și iatrogenă.

Spre deosebire de sindromul Stein-Leventhal, există pe suprafața ovarului corp galben, curba termică fiind bifazică dar cu faza luteală scurtată, diagnosticul de certitudine dându-ne biopsia ovariana sub control celioscopic. Se evidențiază astfel foliculi chistici involutivi, corpul galben și o zonă periferică valoroasă.

Principiile de tratament constau în administrare de medicație antiinflamatorie, reglarea ciclurilor menstruale, iar cel chirurgical, rezecția cuneiformă a ovarului.

4. Sindromul ovarului restant, constă în degenerarea sclero-chistică post ovarectomie unilaterală, determinat de afectarea progeratorie a ovarului restant sau afectarea progeratorie a circulației ovariene.

Ca tratament este indicată blocarea funcției ovariene, iar în caz de suspiciune de malignizare, reintervenție.

5. Sindromul polichistic iatrogen, apare consecutiv tratamentului de stimulare ovariana cu inductori de ovulație și a tratamentului cu gonadotrofine, în tulburări de flux menstrual.

Manifestările clinice sunt polimorfe, de la ovar unic mărit de volum, la ovare bilaterale mărite în volum, intensive, dureroase, ce se complică cu apariția ascitei și a tulburărilor hidro-electrolitice, iar în cazuri extreme, ruptura cu instalarea hemoperitoneului.

Prevenirea acestor complicații se face prin monitorizare clinică sau ecografică a creșterii ovarelor, dozarea estrogenilor, reechilibrare hidro-electrolitică.

B^ ^ Distrofii proliferative stromale

Se caracterizează prin apariția unei hiperplazii a stromei corticale, ce se însoțește de hiperplazia endometrului, complicată cu menometroragii, obezitate, diabet, HTA, creșterea de 17 - cetosteroizi. Apare în jur de 40 de ani și este un factor predispozant pentru cancerul de endometru.

B^ Distrofii ovariene regresive

Se caracterizează printr-o hiperplazie ovariană, cu un număr redus de folicoli, cu stromă corticală fibro^lastică. Dacă titrul de gonadotropine este crescut, leziunea este primară și iremediabilă, iar în formele cu titru normal sau scăzut, hipoplazia este secundară.

Clinic, manifestările sunt reprezentate de amenoree primară sau secundară, cicluri neregulate, sterlitate, menopauză precoce, caractere sexuale secundare slab reprezentate.

Diagnosticul pozitiv îl dă laparoscopia completată cu biopsie ovariană.

Tratamentul constă în cicluri artificiale cu răspuns în funcție de formă clinică, asociat sau nu de inductori de ovulație.

ii. TUiViORiLE OVARIENE

Tumorile ovariene primare:

Tumorile epiteliale - benigne - chistul seros;
- chistul papilar;
- chistul mucinos;
- maligne - adenocarcinom.

Tumorile conjunctive - benigne - fibromul ovarian;
- maligne - sarcomul ovarian.

Teratoamele - chistul dermoid;
- teratomul solid.

Tumorile cu morfologie și funcție specială.
- tumorile feminizante - tecom;
- tumorile cu celule granuloase;
- tumorile virilizante = arenoblastonul;
- tumorile mixte = ginandroblastonul;
- tumorile indiferente - disgerminom;
- tumora Brenner.

Tumorile ovariene secundare (metastatice).

TUIVIORILE OVARIENE PRIiVIARE

A. Tumori epiteliale benigne

1. Chistul seros simplu - este cea mai frecventă formă de tumoare ovariană benignă, ce în situația în care se complică se poate rezolva și spontan. De multe ori sunt asimptomatice, depistarea lor făcându-se prin examenul clinic și explorarea ultrasonografica a pelvisului. Formațiunea tumorala poate ajunge la 6-8 cm, are suprafața uni sau mulți loculară, netedă, cu pereți subțiri, plină de un lichid sero-citrin. în mod normal regresează spontan sau prin supresie hormonală.

2. Chistul papilar *sau* chistadenomul seros papilifer - se caracterizează prin prezența de vegetații papilifere interne într-un lichid sero-citrin, fiind o tumoră deseori multiloculară. Aspectul histologic al vegetațiilor interne încadrează tumora în forme benigne, de limită (bordeline) sau maligne. Aspectul ecografic pentru diagnosticul preoperator ține cont de suprafața peretelui, prezența vegetațiilor combinate sau nu cu formațiuni solide, existența sau nu a ascitei. Chistadenomul papilifer poate fi și bilateral.

3. ***Chistul mucinos*** - apare de obicei în menopauză. Este voluminos, cu tendință de lobulare, fiind multilocular, cu un conținut gelatinos, lipicios dar solubil în apă. Frecvent se asociază cu alte tipuri de tumori ovariene (teratomul, tumoarea Brenner). Există și la chistele mucinoase forme la limită sau maligne.

Diagnosticul clinic al tumorilor ovariene epiteliale benigne

Anamneză ne orientează spre o tumoră ovariană benignă, când la o pacientă apar tulburări de flux menstrual în special amenoree sau polimenoree, dureri pelviene intermitente, dismenoree și manifestări urinare sub forma disuriei și polakiuriei. La pacientele în activitate genitală, frecvent apare sterilitatea.

La examenul cu valve, în general nu apar modificări epiteliale, în funcție de sediul și mărimea tumorii, colul este deviat din axul vaginului.

Prin tact vaginal, uterul este de formă, volum și consistență normală. Latero-uterin se identifică o masă tumorală, ce nu urmează mișcărilor de mobilizarea colului, fiind prezent un șanț de delimitare între uter și masa anexială.

Chisturile voluminoase cu dezvoltare abdominală se delimitează percutonic prin decelarea unei matități cu convexitatea în sus, iar palpatonic se poate aprecia consistența și mobilitatea tumorii.

Dificultățile de diagnostic clinic apar în situația blocării chistului în Douglas, dezvoltării intraligamentare sau când există aderențe perichistice.

Diagnosticul paracllnic

Explorarea ecografică urmărește elementele de diagnostic a chistului, interesându-ne localizarea, dimensiunile, aspectul peretelui și a conținutului chistului, prezența ascitei. Explorarea laparoscopică este atât o metodă de diagnostic cât și terapeutică.

Complicații

Cea mai frecventă complicație o reprezintă torsiunea tumorii ce poate apărea acut sau subacut. Este favorată de mobilitatea crescută ce o permite un pedicol lung. Apare mai frecvent la chisturile seroase. Se manifestă clinic cu localizare în loja anexială prin dureri colicative cu debut brusc, asociate de grețuri, vărsături, tulburări de transit intestinal, fenomene ce pot duce la apariția tabloului clinic al unui abdomen acut.

Malignizarea tumorii reprezintă cea mai redutabilă complicație, apare îndeosebi la tumorile femeilor din perimenopauză; aspectul ecografic este specific, manifestările digestive fiind pe prim plan.

Accidente mai rare:

- ruptura chistului consecutiv torsiunii sau prin prin traumatism direct, duce la apariția semnelor de abdomen acut;
- suprainfecția tumorii cu semne clinice de pelvi-peritonită;
- compresia pe organele din vecinătate.

La gravide pe lângă complicațiile mai sus enumerate, apar distocii de prezentați și angajare.

Tratament

Metode conservative

Chisturile mici pot beneficia de tratament de supresie hormonală prin administrarea de contraceptive orale.

Metodele chirurgicale suvX. individualizate în funcție de aspectul chistului, natura lui, vârsta pacientei și trecutul obstetrica!. Acest tratament chirurgical este practicat fie pe cale laparoscopica fie prin tehnici de chirurgie clasică, fiind reprezentat de rezecție parțială de ovar, chistectomie, ovarectomie sau anexectomie.

După extragerea tumorii, pentru încadrarea ei în clasa anatomo-clinică, se practică examen histo-patologic completat de examen citologic din lichidul de lavaj peritoneal.

B. Tumori epiteliale maligne

1. Adenocarcinomul ovarian

Sunt tumori ce provin din epitelittt tivafian, constituid tumori de tip glandular, ce reprezintă 90 % din cancerele ovariene.

Epidemiologie

Majoritatea cancerelor ovariene sunt depistate la femei în postmenopauză cu o vârstă între 51-60 de ani.

Factorul ereditar este reprezentat de transmiterea genetică autosomal dominantă, caracterizat prin apariția cancerului ovarian la mai mulți membri ai aceleiași familii și prin asocierea timpurie a unui cancer ovarian cu cel colo-rectal sau mamar.

Un rol important în incidența cancerului ovarian îl reprezintă factorii de mediu, expunerea la noxe, obiceiuri alimentare cu exces de grăsimi, carne și alcool. Rolul factorilor hormonali este menținut de ipoteza conform căreia riscul cancerului ovarian crește direct proporțional cu numărul ciclurilor ovulatorii. Este dovedit riscul crescut la nulipare, cu sarcini după 30 de ani, instalarea târzie a menopauzei, sterilitatea tratată cu inductori de ovulație. Ligatura trompelor și histerectomia scade riscul de apariție a unui cancer ovarian. Apartenența la forma de sânge A II este un factor de risc.

Evoluția naturală și căile de diseminare

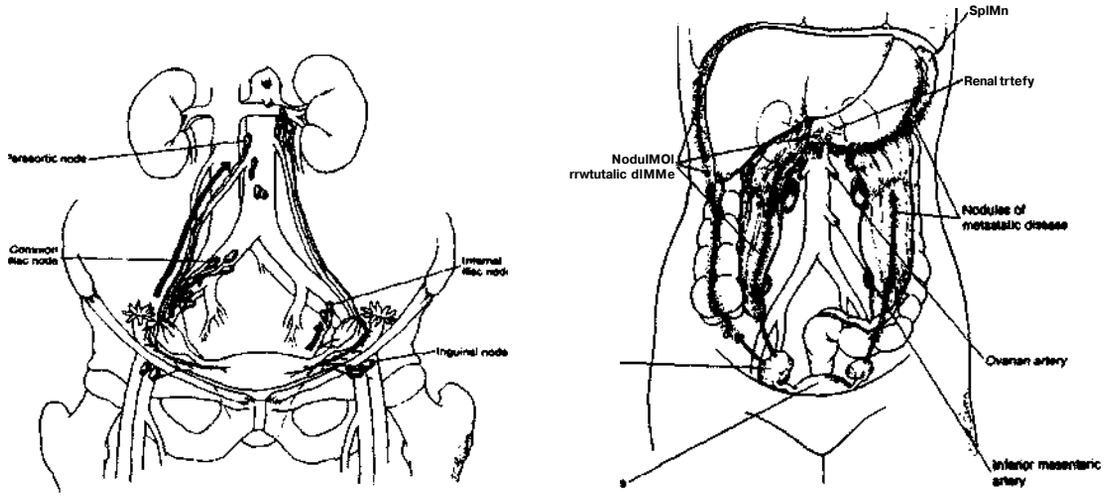
Locul obișnuit de dezvoltare a unui cancer epitelial ovarian, este epiteliul ce "apetează cavitatea unui chist ovarian.

în fazele inițiale se dezvoltă vegetații endo-chistice, apoi urmează ruperea capsulei cu apariția vegetațiilor exochistice, moment în care apare principala cale de diseminare, prin exfolierea celulelor maligne în cavitatea peritoneală.

Cancerul se extinde la ovarul contralateral, celulele exfoliate fiind vehiculate de lichidul peritoneal până la diafragm, implantarea predilectă o reprezintă epiplonul, spațiile parieto-colice, diafragmul, mezourile și seroasa organelor abdominale.

O altă cale de diseminare este cea limfatică, una ce urmează pedicolului vascular al ovarului și ajunge la ganglionii paraaortici și alta ce urmează traseul parametrilor și ajunge la ganglionii limfatici pelvieni. Este responsabilă de apariția ascitei.

Calea sangvină de diseminare este responsbilă de apariția metastazelor la distanță la organele extraabdominale, fiind rar întâlnite (creier, plămâni).



Rg. 83 Căile de siseminare a cancerului ovarian

Diagnosticul clinic și paraclinic al cancerului ovarian

Diagnosticul ciinic al cancerului ovarian întâmpină numeroase dificultăți, deoarece nu există o simptomatologie specifică pe parcursul stadiilor precoce. Cele mai întâlnite simptome sugestive, sunt cele gastro-intestinale (discomfort abdominal, grețuri, vărsături, sațietate precoce, meteorism, flatulența), cele urinare (micțiuni frecvente, disurie) și durere pelviană inexplicabilă.

Examenul ginecologic poate decela o masă tumorală uni sau bilaterală, de consistență solidă, cu mobilitate redusă, suprafață neregulată, relativ insensibilă.

Dezvoltarea tehnicilor ecografice, de laparoscopie și de identificare a markerilor tumorali, reprezintă metode ce complementează diagnosticul cancerului ovarian.

Aprecierea eco a aspectului tumorii, ecografia Doppier color cu interpretarea modificărilor circulatorii locale, pot diagnostica o masă tumorală ovariană cu suspiciune de malignitate.

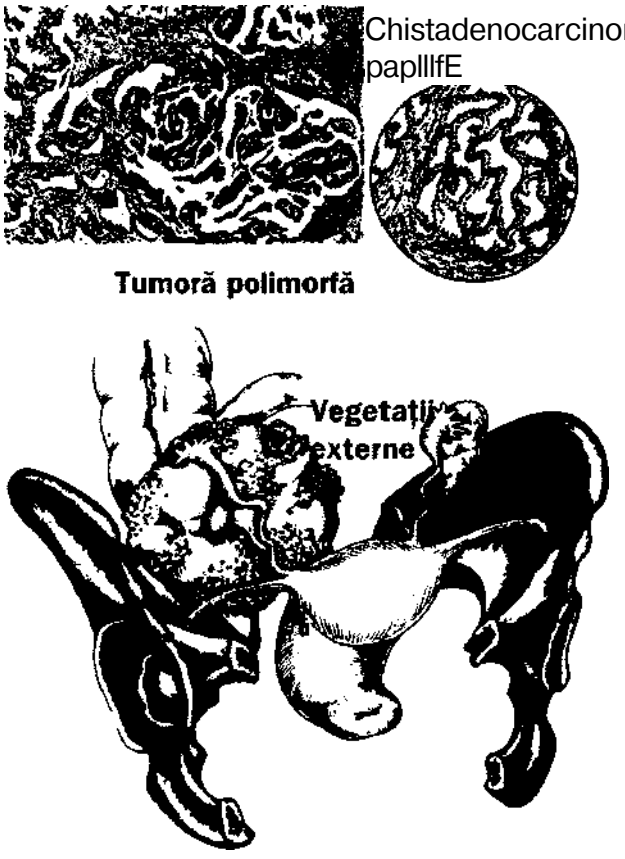
Nivelul seric crescut de CA ^^^ este un indicator fidel de urmărire ante și postoperatorie.

Indicația operatorie ține cont de trei elemente: vârsta (reproductivă, premenarhală postmenstruală) diagnosticul ecografic și valorile CA "^

în stabilirea unui diagnostic complet, trebuiesc interpretate date furnizate de: hemoleucogramă, uree și creatinina serică, teste hepatice, radiografie toracică, monografie, irigografie, mamografie. Este utilă și investigare ganglionara limfatică prin computer-tomografie.

Efectuarea citologiel peritoneale prin puncţie abdominală din lichidul ascitic este o tehnică curentă.

Laparoscopic, trebuie să se reţină la stadiul de diagnostic.



Rg. 84 Tumoră ovariană malignă

Stadializarea cancerelor ovariene epiteliale, acceptată de FIGO, este următoarea:

STADIUL I Tumoare limitată la ovare.
- I A - un singur ovar, fără ascită, capsula intactă;
- I B - ambele ovare, fără ascită, capsulă intactă;
- I C - ambele ovare, ascită, capsulă ruptă.

STADIUL II Tumoră la unul sau ambele ovare, cu extensie la structurile pelvine
- II A - extensie la uter, trompe, fără celule maligne în ascită;
- II B - extensie la alte ţesuturi pelviene, fără celule maligne în ascită;
- II C - ascită sau citologie pozitivă.

STADIUL III Tumoră la unul sau ambele ovare, cu metastaze în marea cavitate peritoneală
- III A - tumoră + ganglioni limfatici microscopici
- III B - tumoră + ganglioni limfatici < 2 cm
- III C - tumoră + ganglioni limfatici > 2 cm

STADIUL IV Metastaze la distanţă

Tratament

Tratamentul constă în intervenție chirurgicală pentru stadializare, urmată de tehnici de chirurgie cito-reductive, chimio-terapie, "second-look" la 6 luni, radioterapie.

Chirurgia cito-reductivă este aplicată în funcție de stadiu.

Chimioterapia se face cu agenți alchilanți (Clorambucil, tio-tepa) și nealchilanți (Methotrexat, Cisplatin).

Radioterapia este utilizată în cazuri excepționale.

C. Tumori conjunctive benigne

1. Fibromul ovarian - este o tumoră solidă, cu caracter benign, cu origine în celulele inactive hormonal, ale stromei corticale ovariene. Anatomo-patologic, sunt tumori unilaterale sau pediculate de obicei unici. Pe secțiune sunt rotunde, cu arii de carefiere.

Clinic, pedicolul oferă o poziție variabilă, deseori există posibilitate torsiunii. Fibroamele mari dau fenomene de compresiune pe organele din vecinătate. Se poate asocia cu ascita și hidrotorace în special drept, constituind sindromul Demon-Meigr, a cărui patologie o constituie tulburările de drenaj limfatic.

Tratamentul constă în extirparea tumorii la femeile în perioada reproductivă sau histerectomie cu anexectomie bilaterală, la femeile în menopauză.

D. Tumori conjunctive maligne

1. Sarcomui ovarian - este o tumoră malignă rară, putând să apară la orice vârstă, dar mai frecvent la extreme (pubertate, menopauză), fiind posibilă și degenerescenta sarcomatoasă a unor tumori benigne de tipul fibromului sau teratomului ovarian.

Anatomo-patologic sunt asemănătoare cu fibromul ovarian, având pedicolul, și consistență dură. Suprafața este boselată, iar pe secțiune apar cavități chistice ce conțin țesut lizat și sânge. Clinic, asemănarea cu fibromul ovarian, dă aceeași simptomatologie. Ascita apare doar în 50% cazuri.

Tratamentul nu ia în considerare vârsta bolnavei, fiind chirurgical de exereză, asociat sau nu cu chimfoterapia. Radio-terapia este inutilă.

E. Teratoamele ovariene

1. Chistui dermoid- este un teratom chistic al ovarului, ce în copilărie este benign, în 2% cazuri este malign.

Anatomo-patologicmtâMm tumori unilaterale, pediculate, cu suprafața netedă, cu origine în toate cele trei straturi germinative (endoderm, ectoderm, mezoderm). Este de obicei unilateral și pediculată, iar pe secțiune are un conținut de sebum, ce înglobează păr, dinți, oase.

Clinic, fiind o tumoră pediculată apare simptomatologia dată de mobilitate, compresiune sau torsiune.

2. Teratomul solid - este o tumoră voluminoasă, aderentă la structurile adiacente ce are pe secțiune o suprafață solidă întreruptă de regiuni chistice.

Microscopic, predomină țesuturi de organ (tiroidă, bronhii, S.N.C.) dispersate în țesut conjunctiv lax. Caracterul matur al celulelor îi oferă benignitatea, când predomină structurile tiroidiene, poate fi activ hormonal, realizând tabloul clinic al unui hipertiroidism.

De obicei este o tumoră unilaterală, a cărui caracter benign permite ca *tratament* chirurgical, incizia parțială a ovarului, asociată sau nu de chimioterapie și sau radioterapie.

F. Tumori ovariene cu morfologie și funcție specială

Histogeneza și funcția endocrină a unor tumori este explicată prin evoluția embriologică a ovarului. Stroma și cortexul gonadelor este derivată din cordoanele sexuale și mezenchim.

Tulburări în mecanismul de diferențiere fac să persiste în lichidul ovarian vestigii embrionare, ce conțin unic sau în combinație, celule ale granuloasei, celule locale, celule Sertoli, celule Leydig. Nu toate tumorile formate din celule ce sugerează hormonosecreția sunt funcționale, existând și situații paradoxale de funcție endocrină.

Tumorile de obicei sunt benigne, cele maligne fiind puțin agresive, rata recidivelor și a metastazelor fiind mică.

1. Tumorile feminizante - sunt reprezentate de tumori ale granuloasei (foliculom) și tumorile cu celule locale (tecom).

* *Tumorile cu celule granuloase* - apar în proporție asemănătoare înainte sau după instalarea menopauzei. Ele determină secreția în exces de estrogeni cu un tablou clinic secundar caracterizat prin: amenoree, meno-metroragie, mastodinii, ce apare în funcție de vârsta bolnavei și volumul tumorii.

Cele mari sunt inactive hormonal. Cele mici sunt rotunde, netede, solide, încapsulate. Potențialul malign crește cu vârsta bolnavei, astfel încât tratamentul este individualizat, tehnicilor chirurgicale asociindu-li-se și chimioterapia.

* *Tumori cu celule locale (tecom)* - celulele locale sunt celule conjunctive situate în stroma corticală, a căror înmulțire duce la apariția de fibroame cu capacitate crescută de secreție de estrogeni, șt manifestări clinice consecutive.

Sunt întotdeauna benigne.

2. Tumori virilizante

* *Arenoblastonul SBw* androblastonul este o tumoră formată din celule Sertolti și Leydig, cu capacitatea de a secreta hormoni androgeni.

Tumorile sunt mici, netede, solide, putând invada capsula având uneori caractere de malignitate dând însă rareori metastaze la distanță.

Apar la 20-30 de ani producând un sindrom de virilizare caracterizat prin hisutism, seboree, hipertrofia clitoridiană, atrofie mamară, amenoree.

Tratamentul este individualizat în funcție de vârstă, mai rar bilateralitate, fiind reprezentat de anexectomie unilaterală, sau anexectomie bilaterală completată de histerectomie.

3. Tumori mixte

* *Ginandroblastonul* este o tumoră mezenchimală cu origine în cordoanele sexuale, ce conțin atât celule granulare cât și celule Leydig. Manifestările clinice sunt în funcție de preponderența uneia din componente, mai frecvent cea masculină.

Tratamentul este individualizat, principiile fiind aceleași ca și la foliculom sau arenoblaston.

4. Tumorile Indiferente hormonal

* *Disgerminomu/(semnom)* - apar la femeile sub 25 de ani, fiind o tumoră foarte rară, ce se poate întâlni nu numai la gonadă ci oriunde pe traiectul de migrare a celulelor germinale în perioada embrionară (retrogeritoneal, mediastin). Tumora este unică, netedă, solidă, neaderentă.

C//nic, tabloul este marcat de durere, când tumora crește și se rupe. Se asociază datorită dezvoltării pe o gonadă disgenetică de tulburări de dezvoltare sexuală. Malignitatea este foarte mare, de aceea tratamentul este chirurgical și radiologie.

* *Tumora Brenner-* apare în majoritatea cazurilor după menopauză. Tumorile sunt mici, incomplete, solide, unilaterale, suferind uneori o transformare chistică. Tumorile au caracter benign.

Clinic, simptomatologia este identică cu a fibroamelor la ovar.

TUMORILE OVARIENE SECUNDARE (METASTATICE)

1. Cu punct de plecare genital - de exemplu adenocarcinomul de endometru se asociază cu metastaze ovariene.

2. Cu punct de plecare extragenital - cel frecvent stomacul și colonul sigmoid, apoi sân, tiroidă, rinichi.

Tumorile Krukenberg sunt tumori ovariene metastatice de la un cancer gastric, când histologic apar celule în "inel de pecete". De multe ori patologia ovariană o eclipsează prin simptomatologie pe cea gastrică.

Tratamentul este chirurgical, de histerectomie cu anexectomie și obligativitatea explorării organelor extragenitale.

TULBURĂRI DE STATICA UTERINĂ

PROLAPSUL GENITAL

Clasificarea tulburărilor de statică genitală:

/. *Deviații uterine:*
1. în sens antero-posterior:
   * anterioare:- hiperanteversieflexie;
   - hiperanteflexie.
   * retrodeviațII:- retroflexie;
   - retroversie;
   - retroversieflexie (RVF);
   - retroversie anteflexle.
2. laterodevlațII: - dextrodevlații;
   - sinistrodeviațil.

//. *Deplasări uterine:* - în plan orizontal (ante-, retro-, lateropoziții);
- în plan vertical: - elevația;
- descensul uterului (prolaps).

///. *Prolapsui genital:*
1. descensul vaginal izolat: - colpocel anterior;
   - colpocel posterior.
2. descensul vaginal asociat: - colpocel anterior cu uretro șl/sau cistocel;
   - colpocel posterior cu rectocel;
   - elitrocel.
3. prolapsul vaginal după histerectomie;
4. prolapsul uterin = prolaps pelvicentral, asociat prolapsului vaginal și al organelor vecine.

IV. Forme clinice rare:
- rotația uterului;
- inversiunea uterină;
- sindrom Masters-Allen: retroversie flexie mobilă, mobilitate exagerată a colului, algii pelviene cronice.

Retrodevlațille

Frecvență: 20-25% din femei.

Clasificare: - primare - congenitale;
- secundare - dobândite;
- mobile - reductibile;
- fixate - ireductibile.

Etiologic

A. Congenitale:
- tonicitate tisulară scăzută, asociate cu ptoză viscerală, varice, hemoroizi, hernii;
- ligamentele cardinale și utero-sacrate slab dezvoltate;
- frecvent uter hipoplazic sau infantil.

B. Dobândite:
1. mobile:- factor gestațional: dilacerări, lărgirea hiatusului uro-genital;
   - factor endocrin: perioada climacterică.
2. fixe: - factor infecțios: peritonite, celulite pelviene;
   - endometrioza;
   - tumori benigne sau maligne.

Fiziopatologie

Modificarea de poziție a uterului determină:
- modificări vasculare - stază venoasă - varice pelviene;
- sindrom algic pelvian cronic;
- distrofie ovariana micropolichistica - tulburări menstruale și sterilitate secundară;
- tulburări în drenarea sângelui menstrual - dismenoree;
- favorizarea prolapsului uterin.

Simptomatologie

* RVF mobilă: - de obicei asimptomatică;
- sacro-lombalgii;
- dismenoree;
- hipermenoree - prin stază venoasă;
- polakiurie (prin proiecția anterioară a colului).

* RVF fixă: - simptomele cauzei: - infecție;
- endometrioza;
- tumoră.
- hipermenoree, dismenoree;
- senzația de greutate în pelvis;
- dispareunie;
- sterilitate.

Tratament

* RVF mobilă: - nechirurgical în principiu:
- decubit ventral;
- masaj ginecologic;
- balneofizioterapie;
- refacerea planșeului pelvian.

* RVF fixă:- tratament etiologic;
- tratament chirurgical:- histeropexii:- directe;
- indirecte.
- excluderea Douglasului (obligatoriu)

Prolapsul pelvi-genital

Reprezintă entitatea clinică care exprinnă hernierea asociată, polimorfă şi concomitentă a tuturor organelor şi structurilor pelviene prin hiatul uro-genital.

Prezintă diferite grade de gravitate. Procesul are caracter progresiv, de agravare în timp.

Forme anatomo-clinice

1.prolapsul vaginal izolat;

2.prolapsul vaginal asociat:

- anterior: colpocel anterior ± uretrocistocel;
- posterior: colpocel posterior ± rectocel sau elitrocel;
- anterior şi posterior;
- prolapsul vaginal posthisterectomie.

3.prolapsul uterin - presupune existenţa unui prolaps vaginal asociat. Are 3 grade:

-*gradulI:* prolaps uterin incipient = colul se găseşte în vagin, deasupra introitului vulvar;

-*gradulII:* prolaps uterin parţial = colul este prezent la nivelul vulvei sau se exteriorizează la presiune;

- *gradul III:'pro\aps* uterin total = vaginul este inversat "în deget de mănuşă", iar uterul este complet exteriorizat (herniat).

Etiologle

Factori favorlzanţr.

I.Factor gestaţional - prin triplu mecanism:

- înmuierea, relaxarea şi întinderea aparatului ligamentar de suspensie uterin şi a structurilor planşeului pelvian cu lărgirea hiatusului uro-genital;
- traumatismul mecanic din timpul naşterii cu dilacerarea structurilor de susţinere: naşterea cu feţi mari, stagnarea prelungită a craniului fetal în excavaţie, suturile incorecte, naşteri precipitate, manevre de expresie manuală, perfuzii ocitocice energice, vezică urinară neevacuată în expulzie;
- în lăuzie: subinvoluţia uterină, prin mobilizare tardivă sau endometrită (favorizează instalarea unei RVF).

2. Factor constituţional: deficienţe ale ţesutului conjunctiv (prolapsul poate să apară chiar la nulipare). Aceste femei prezintă frecvent uterul în RVF.

3. Factor endocrin: carenţa estrogenică care apare în special în postmenopauză, cu atrofia structurilor conjunctive.

4. Factor iatrogen: manevre brutale de expresie manuală la naştere, aplicaţii incorecte de forceps, intervenţii chirurgicale nejustificate (ligamentopexii fără excluderea Douglasului).

Factori determinanţr. sunt reprezentaţi de cauzele care produc creşterea presiunii intraabdominale:

- eforturi fizice mari însoţite de ortostatism prelungit;
- afecţiuni respiratorii cronice cu tuse;
- constipaţia cronică;
- obezitate, prin creşterea presiunii intraabdominale, dilacerarea şi slăbirea structurilor pelviene.

ş'mând cont de etlopatogenia prezentată vom observa că 95% din cazurile de prolaps pelvi-genital apar la multipare ce depun eforturi fizice intense.

Fiziopatologie

O bună statică pelviană presupune:

- integritatea structurilor de SLiştinere ale planşeului pelvian;
- o corectă orientare şîˆuspensie a uterului: integritatea ligamentelor utero-sacrate, cardinale şi rotunde.

Poziţia fiziologică a uterului este de anteversieflexie, în acest fel uterul "sprijinindu-se" prin intermediul vaginului pe centrul tendinos perineal în timpul eforturilor fizice ce cresc presiunea intraabdominală.

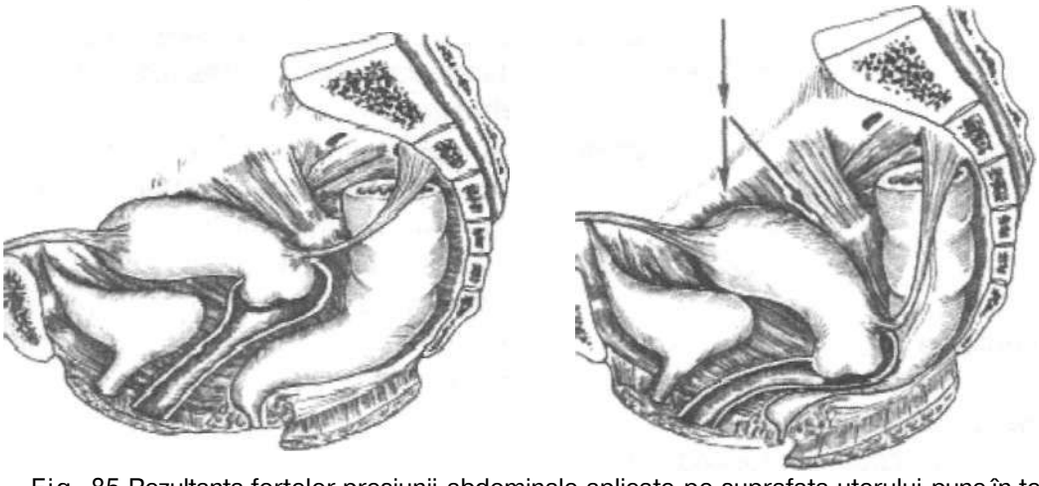


Fig. 85 Rezultanta forţelor presiunii abdominale aplicate pe suprafaţa uterului pune în tensiune ligamentele, colul descinde şi se sprijină pe peretele vaginal posterior şi centrul tendinos.

Distrugerea structurilor perineale, cu lărgirea hiatusului uro-genital şi lezarea structurilor de ancorare cu modificarea poziţiei uterului (RVF) determină telescoparea acestuia prin vagin cu apariţia diferitelor grade de prolaps.

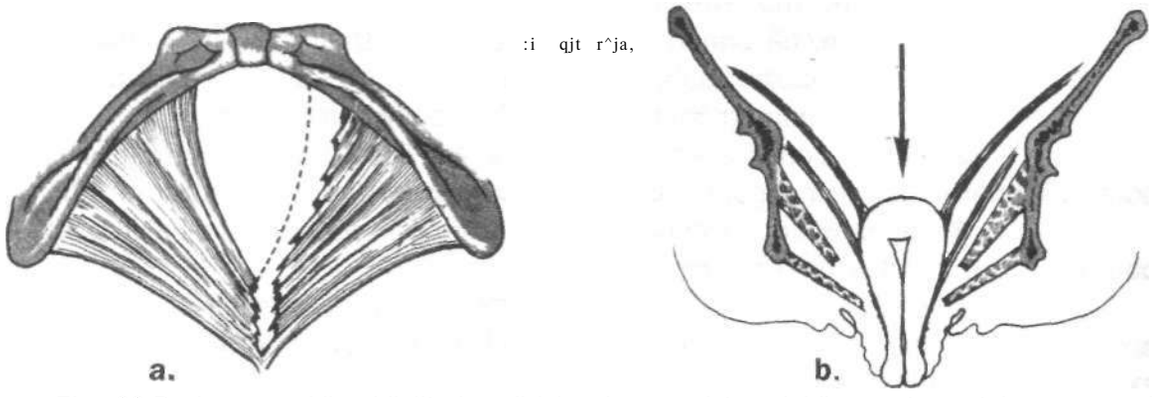
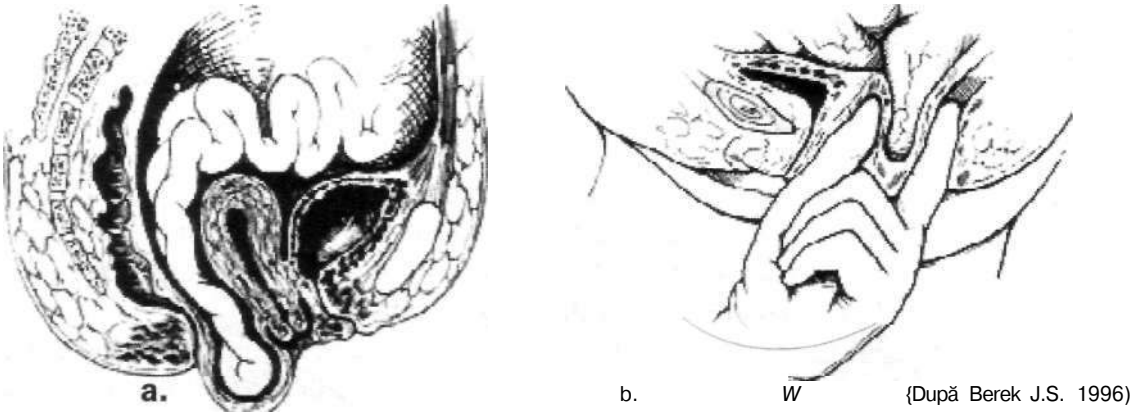


Fig. 86 Deşirea muşchilor ridicători anali (a), relaxarea sistemului ligamentar cu telescoparea şi prolabarea uterului (b).

Concomitent cuiprolabarea vaginului și uterului vor fi antrenate vezica și rectul, acestea prezentând mjloace comune de susținere și suspensie cu uterul.

O formă particulară de prolaps este reprezentată de **elitrocel.** Acesta apare în condițiile unei hiperantefl^exii și a unui Douglas adânc (congenital sau dobândit - postchirurgical). în aceasta formă are loc hernierea fundului de sac peritoneal la nivelul spațiului recto-vaginal cu exteriorizarea la nivelul vaginului prin intermediul unui colpocel posterior. -^ • = -^ - .. ^^^.i., ^ - , ^ .



{După Berek J.S. 1996)

Fig. 87 Elitrocel și diagnosticul său prin tușeu combinat (vaginal și simultan)

Aspecte clinice

:=i în cazul tuturor formelor de prolaps se vor aprecia următoarele elemente:

* *Anamneză:* pacientele se adresează în general pentru:

^ ?/""Tt - durere, manifestată în general ca o senzație de presiune în pelvis;
- exteriorizarea unei formațiuni la nivelul vulvei; ;, H: . >n
- tulburări urinare: IUE, disurie, retenție acută de urină; -; -
-tulburări digestive: constipație, incontinență anală;;-
-tulburări de dinamică sexuală, dispareunie. - T

* *Examen clinic:*

- beanța vulvei; " J ^ -
- prezența cicatricilor perineale;
- aprecierea distanței ano-vulvare (normal peste 2,5 cm);

'-țjL - troficitatea mucoasei vaginale;

" - volumul și poziția corpului uterin;
- tonicitatea ridicătorilor anali (se va cere femeii să contracte mușchii perineali pe degetele examinatorului);

j':- -^ - existența elitrocelului (tușeu vaginal și rectal combinat). -S

Examenul clinic ne va permite să clasificăm prolapsul genital și să apreciem ***m*** gravitatea afecțiunii.

Forme clinice 'H lo^^U^^^

1. Proiapsui vaginal izolat. '

Este faza incipientă a prolapsului genital. Se manifestă sub forma colpocelului anterior și/sau colpocel posterior. Cel mai frecvent această formă este asimptomatica.

Obiectiv se constată prolabarea mucoasei vaginale a peretelui anterior și/sau posterior, fără antrenarea vezicii sau rectului.

Tratamentul este chirurgical și are în general mai mult un caracter profilactic pentru prevenirea evoluției prolapsului.

2. Prolapsul vaginal asociat

în această situație prolapsul vaginal se asociază cu:

-uretrocistocel;
-rectocel;
-elitrocel.

Clinic în coipocistocel pe prim plan este prezența IUE. La examinarea clinică se indică efectuarea manevrei Bonney: cele 2 degete ale examinatorului se plasează de o parte și de alta a uretrei și se împinge colul vezical în spatele simfizei. Dacă în această situație în cursul unui efort voluntar nu apare pierdere de urină putem spera că o intervenție chirurgicală care pune la locul său normal colul vezical va duce la vindecare.

3. Prolapsul uterin

Se asociază întotdeauna de un prolaps vaginal.

* Gradul I: colul nu este exteriorizat; se manifestă clinic ca un prolaps vaginal asociat: tulburări urinare (IUE), tulburări anale, leucoree, senzație de greutate în pelvis
* Gradul II: colul apare la introitul vulvar, iar ca simptomatologie IUE devine incohsTăntă; la nivelul colului poate apare alungirea hipertrofică datorată tulburărilor circulatorii, cu leziuni de decubit la polul inferior
* Gradul III: uterul este complet prolabat; dispare incontinența urinară și uneori e prezentă retenția acută de urină. Apar modificări ale tractului urinar și renale (30% din cazuri) datorită stazei și infecției ascendente. Apar tulburări de defecație.

în cazul prolapsului de gradul III pot apare complicații acute cum ar fi: retenția de urină, ireductibilitatea; sau cronice: insuficiență renală cronică.

Tratament

* *Profilaxie:*
  - conduită și asistență corectă la naștere;
  - supleerea carenței hormonale preclimacterice și climacterice;
  - aplicarea tehnicilor chirurgicale corecte;
  - prevenirea și tratamentul obezității;
  - tratamentul afecțiunilor cronice respiratorii, constipației;
  - evitarea eforturilor fizice intense.
* *Curativ:*
  - tratamentul prolapsului este chirurgical;
  - în prolapsul vaginal asociat și uterin gradul I se aplică operațiile tip Kelly de plastie vaginală și plicaturare suburetrală (pentru tratamentul și al IUE);
  - în prolapsul uterin gradul II cu alungire hipertrofică de col se aplică tripla operație de la Manchester, care are aceiași timpi ca și operația Kelly, dar în plus se efectuează și amputația colului alungit;
  - în prolapsul uter-in de gradul III se efectuează de elecție histerectomia totală pe cale vaginală. Altă intervenție posibilă este colpocleizisul (închiderea vaginului);

în situațiile în care datorită diverselor afecțiuni asociate nu e posibilă intervenția chirurgicală se indică utilizarea *pesarelor,* acestea fiind niște inele de cauciuc care reduc și mențin organele genitale interne prolabate.

^WSf^,yAi 'iV^.^-i^d-^T;

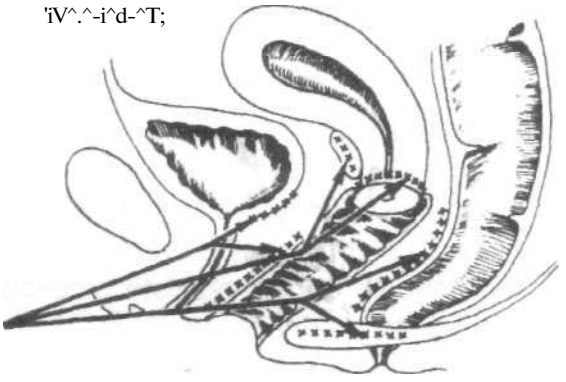
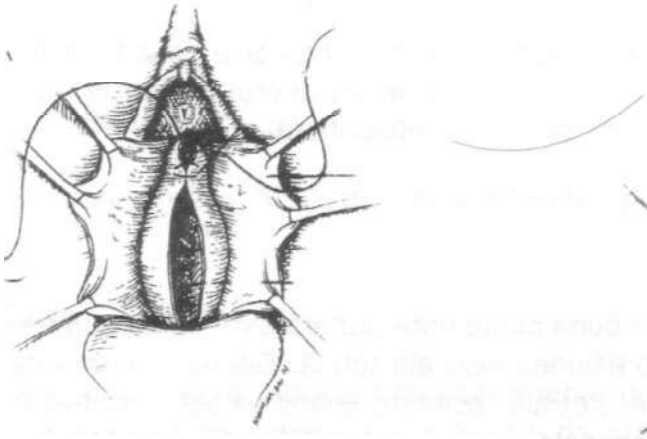


Fig. 88 Principalele zone anatomice ce trebu abordate în cursul tratamentului chirurgical al prolapsului genital.

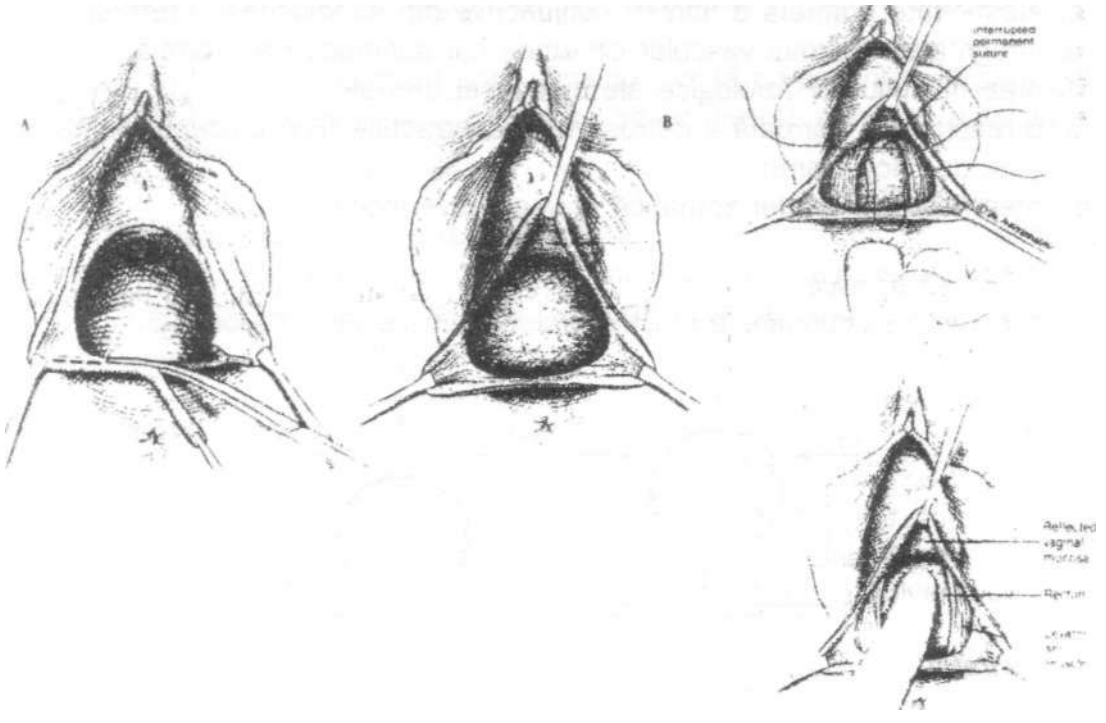
• T^lî^^i<î;jSît.3 -'



şsj?'.r

Fig. 89 Colporafie anterioară, cura cistocelului.

3i;şT^



w>'

Fig. 90 Colpoperineoplastie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali (după Herbst A.L., 1992).

Incontinența urinară de efort (IUE)

Definiție

IDE (incontinețа adevărată, genuină, de stress) reprezintă o pierdere bruscă și involuntară de urină printr-o uretră intactă în urma unui efort fizic care crește presiunea intraabdominală și care nu este precedată sau însoțită de o senzație dureroasă sau imperioasă de a urina și deci nu este în relație cu contracția detrusorului.

Caracteristici

Apare dacă vezica este plină, efortul fizic declanșator e variabil în funcție de gravitatea afecțiunii, structura neuromusculara a detrusorului este normală, este cauzată de modificări anatomice (de statică genito-urinară).

Fiziopatologie

Condiția necesară pentru o bună continență urinară este ca presiunea uretraiă maximă să fie mai mare decât presiunea vezicala totală. Diferența dintre cele două reprezintă presiunea de închidere uretraiă, aceasta având valoare pozitivă în timpul fazei de umplere vezicala. Pentru aceasta sunt necesare 2 tipuri de condiții: funcționale și anatomice

* *Funcționale.*

a. tonus normal al musculaturii netede și striate ce formează sfmcterele uretrale;
b. elasticitate normală a fibrelor conjunctive din submucoasa uretraiă;
c. integritatea plexului vascular cavernos din submucoasa uretraiă;
d. prezența pliurilor fiziologice ale mucoasei uretrale;
e. o reactivitate normală a detrusorului (contracțiile fiind prezente numai în faza de micționare);
f. integritatea inervației somatice și vegetative loco-regionale.

* *Anatomice.*

a. o corectă poziționare a joncțiunii cisto-uretrale (intraabdominal);

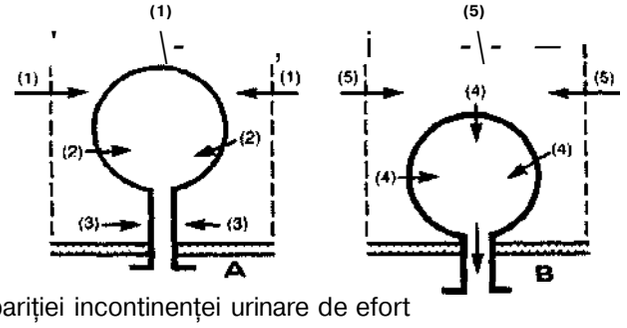


Fig. 91 Teoria apariției incontinenței urinare de efort

Presiunea intraabdominală acționează deopotrivă asupra vezicii crescând presiunea intravezicala totală cât și asupra joncțiunii cisto-uretrale, crescând presiunea uretraiă maximă. Aceasta face ca presiunea de închidere uretraiă să rămână pozitivă.

în condițiile hernierii joncțiunii cisto-uretrale din cadrul prolapsului, în cursul eforturilor fizice presiunea vezicala maximă va depăși presiunea uretrala maximă cu apariția incontinenței urinare de efort.

b. un unghi posterior de IOOIIO între vezică și uretră și un unghi posterior de 60.

După cum se observă incontinența urinară este un sindrom prezentând:

- formă de efort, datorată modificărilor anatomice, aceasta beneficiind de tratament chirurgical;
- formă funcțională = disinergia de detrusor, se datorează modificărilor funcționale și se caracterizează prin apariția contracțiilor involuntare ale detrusorului în faza de umplere vezicala. Beneficiază de tratament medicamentos;
- forme mixte, sunt foarte frecvente în menopauză și beneficiază de tratament combinat, medico-chirurgical.

Etiologia IUE

Se suprapune cu cea a prolapsului genital, pe prim plan aflându-se parturiția.

Clinic

IUE se manifestă prin pierderi intermitente de urină în timpul eforturilor fizice ce cresc presiunea intraabdominala. în funcție de intensitatea efortului fizic se descriu 3 grade de gravitate:

* *Gradul I:* IUE apare la eforturi fizice mari; Ex.: strănut, ridicare de obiecte grele;

* *Gradul II:* IUE apare la eforturi fizice medii: mers, urctaul scărilor;

* Gradul III: IUE apare la eforturi fizice mici: schimbare de poziție.

Evoluția IUE este constant spre agravare odată cu accentuarea prolapsului.

Consecutiv pierderilor de urină pot să apară diverse suferințe psihice, sociale, familiale.

* ***Examenul obiectiv:*** se recomandă să se efectueze cu vezica plină. Se vor observa semnele clinice ale unui prolaps vaginal asociat sau ale unui prolaps uterin gradul I. La efortul de tuse se va putea obiectiva pierderea de urină. Se va efectua manevra Bonney, descrisă anterior.

* ***Paraciinic:*** se recomandă efectuarea examinărilor urologice și neurologice, urocultura, dozări hormonale, examen citovaginal. Dintre examinările specifice amintim:

- *Q-tesWI care* măsoară gradul prolabării și mobilitatea joncțiunii uretro-vezicale
- *uretrocistomanometria,* care măsoară cu ajutorul unor transductori presiunile vezicala, uretrala și abdominală în faza de umplere și micțională, obiectivând prezența contracțiilor involuntare ale detrusorului în faza de umplere vezicala (caracteristice formei funcționale de IU) și respectiv negativarea presiunii de închidere uretrala în timpul efortului (caracteristică formei de efort). Se poate utiliza ca și echivalent cistomanometria simplă;
- *uroflowmetria;*
- *cistografii micționale,* care vizualizează descensul joncțiunii uretro-vezicale.

Diagnosticul diferențial al IUE:

Se va face cu:

- fistulele genito-urinare;
- malformații ale aparatului urinar (ureter ectopic, diverticul uretral);

IU prin disinergie de detrusor: se caracterizează prin apariția de contracții involuntare ale detrusorului în afara actului micțional, cauzele putând fi locale sau generale:

- cistite, trigonite, polip vezical, vezica iradiată, carența hormonală, diabetul;
- afecțiuni neurologice centrale sau periferice;
- afecțiuni psihice;
- idiopatice.

	IUE	IUF
Anamneză:		
Mulți paritate	+	-/+
Climax	/+	+
Simptome		
Micțiune imperioasă	-	+
Micțiune incompletă	-	+
Nicturie	-	+
Agravare la stimuli	-	+
Evoluție în timp	gravare	Oscilantă
Clinic:		
Prezența prolapsului	+	-/+
Carența estrogenică	-/+	+
Paraclinic:		
Obiectivarea unui defect anatomic	+	
Contracții detrusor în faza de umplere	-	+
Tratament	Chirurgical	Conservativ

Tratamentul IUE

Profilactic:

- gimnastica musculaturii pelvi-perineale;
- asistență corespunzătoare la naștere;
- tratament hormonal substitutiv în menopauză;
- tratamentul bolilor asociate (constipație, astm, etc).

Curativ:

Este în special chirurgical.

Obiective: - refacerea unghiului uretro-vezical posterior;
- repunerea joncțiunii cisto-uretrale intraabdominal.

Tipuri de intervenții:

1. cu abord vaginal: prototip operația Kelly - vezi capitolul prolaps;
2. cu abord abdominal: cervico-cistopexiile indirecte. Ex.: operația Burch, operația Marschall-Marchetti;
3. cu abord mixt: operația Pereyra.

BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ

Obiective

* Definirea conceptului de boală infalmatorie pelvină;
* Cunoaşterea principalelor manifestări clinice;
* Cunoaşterea metodelor terapeutice corecte;
* Cunoaşterea atitudinii profilactice corecte;
* Cunoaşterea principalelor sechele posibile.

Termenul de boală inflamatorie pelvină, B.I.P. sau PID (pelvi inflammatory deasease) se referă la un sindrom clinic care rezultă în urma invaziei microbiene a tractului genital superior, invazie care determină infecţia endometrului, trompelor şi a structurilor pelviene adiacente (ovare, mezosalpinx, peritoneul ligamentelor largi.

Este termenul modern al infecţiilor genitale înalte (utero-anexiale) recomandat de OMS pentru a înlocui vechii temneni de anexită, metroanexită, salpingită, salpingo - ovarită.

în marea majoritate a cazurilor este o infecţie ascendentă, microorganismele patogene urcând din vagin şi cervix până la nivelul porţiunilor superioare ale tractului genital; rareori infecţia se produce prin difuziunea microorganismelor de la organele pelviene învecinate: apendice inflamat, intestin cu boală Crohn.

Agenţi patogeni

* *Cu transmisie sexuaiă.* - cel mai des Chiamydia trachomatis sau Neisseria gonorroeae, în 30% din cazuri infecţia este concomitentă cu cei doi agenţi.
* *Fiorâ oportunistă* - aerobă: Streptococ b - hemolitic, Stafilococ Aureu hemolitic, E. Coli, Klepsiella;
  - anaerobă: Bacteroides, Clostridi, Mycoplasma hominis (a cărei frecvenţă a crescut în ultima vreme).
* în 30 - 40 % din cazuri *etioiogia este polimicrobiană.*

Circumstanţe de inoculare

- raporturi sexuale;
- iatrogen: HSG, hidrotubaţii, DIU, electrocauterizări de col, chiuretaje.

Anatomie patologică

* *Forme acute*
  - Endometrita este constantă în infecţiile ascendente.
  - Salpingită - catarală: trompa congestionată, edemaţiată, cu exudat seros în lumen;
    - purulentă: la exprimarea ostiumului tubar apare puroi;
    - piosalpinx: obstruarea ostiumului tubar cu acumularea de puroi şi transformarea trompei într-o tumoră inflamatorie.

- Ovarita este rară, cu microabcese diseminate ce pot evolua spre constituirea unei colecţii purulente (pioovar);
- Pelviperitonita: inflamaţia seroasei peritoneale a micului bazin.

* *Forme cronice şi seciielare*

- Distrucţia epitaliului mucoasei tubare;
- Hidrosalpinx (acumulare de lichid serocitrin în trompa obstruată);
- Aderenţe peritubare;
- Piosalpinx sau abces tubo - ovarian "răcit" (abcese reziduale pelvine);
- Aderenţe periovariene;
- Distrofia ovariană (ovar cu multiple formaţiuni chistice de mici dimensiuni);
- Endometrita cronică.

Diagnostic

Datorită variaţiilor largi ale simptomelor şi semnelor clinice întâlnite diagnosticul clinic este greu de făcut. Cu cât simptomele şi semnele sunt mai severe cu atât diagnosticul este mai uşor de pus şi mai exact.

* *Criterii minime:*

- durere în etajul abdominal inferior;
- durere în zonele anexiale la tuşeul vaginal;
- durere la mobilizarea colului.

* *Criterii supiimentare:*

- Curente: temperatură peste 38.5 ° C; leucoree (de obicei purulentă); VSH crescut, leucocitoză cu devierea la stânga a indicelului leucocitar; creşterea proteinei C reactive; evidenţierea prin examen de laborator a infecţiei cervicale;
- Mai elaborate: evidenţierea endometritei la examenul histopatologic al materialului extras prin biopsie prin aspiraţie cu sonda Novak; evidenţierea abcesului tubo - ovarian ecografic şi sau laparoscopic.

Se pune diagnosticul probabil de BIP şi se indică instituirea antibioticoterapiei empirice atunci când sunt prezente toate criteriile minime plus unul din criteriile suplimentare.

* *Laparoscopia* este considerată ca şi "gold standard" în diagnosticul BIP, de aceea mulţi clinicieni recomandă laparoscopia la toate femeile suspectate de BIP şi acesta mai ales că şi costurile şi riscurile sunt net depăşite de beneficiile aduse de un diagnostic exact şi la timp care permite şi un tratament corect (în plus laparoscopia permite şi anumite manevre terapeutice: adezioliza, puncţia şi aspiraţia unui piosalpinx sau abces tubo - ovarian).

Criteriile vizuale minime pentru diagnosticul laparoscopic de BIP sunt:

- hiperemia intensă a suprafeţei trompei;
- edemul peretelui tubar;
- exudat vâscos pe suprafaţa trompei sau la nivelul fimbriilor.

Laparoscopia permite și stabilirea severității infecției:

* *Ușoară,* sunt prezente criteriile minime vizualizabile, trompele având mobilitatea păstrată și ostiumul tubar este deschis;
* *Moderată,* inflamație mai pronunțată, depozite de fibrină pe suprafața seroasă ceea ce face ca trompele să nu mai fie mobile; aderențe laxe care se desfac cu ușurință; fimbriile pot fi aglutinate;
* *Severă:* suprafața peritoneală intens congestionată; organele pelviene sunt aderente între ele; poate fi prezent un piosalpinx sau abces tubo-ovarian; epiloonul este aderent de organele pelvine.

Diagnostic diferențial

* *Apendicita acută:* starea generală și apetitul sunt alterate; examenul fizic este de obicei concludent, când persistă dubii se impune celioscopia sau laparatomia.
* *Sarcina extrauterina:* amenoreea și prezența unei formațiuni latero - uterine dureroasă, elastică și pulsatilă sugerează diagnosticul care este confirmat de ecografie și de reacția de sarcină pozitivă.
* *Chist ovarian torsionat: senw^e* de abdomen acut, cu durere intensă și apărare musculară; diagnosticul se precizează ecografic sau prin celioscopie.
* *Endometrioza pelviană* - diagnsoticul se confirmă celioscopie.

Evoluția

Evoluția poate fi spre remisie, dar nu sunt rare recidivele iar piosalpinxul care apare în evoluția a 1/3 din salpingitele acute. Incorect tratată poate evolua spre pelviperitonită.

Complicații ale BIP

1. Piosalpinxul

- se produce prin obstruarea tubei și acumulare de puroi în lumenul acesteia;
- este prezentă febra de tip septic;
- latero - uterin se palpează o formațiune tumorală dureroasă, fixă, renitentă;
- ecografia este deosebit de utilă, evidențiază conținutul lichidian al formațiunii și pereții groși ai acesteia;
- laparosopia așa cum am văzut are un rol esențial atât în diagnostic cât și în tratament.

2. Abcesul tubo - ovarian

reprezintă asocierea piosalpinxului și a pioovarului;
tabloul clinic similar cu al piosalpinxului;
ecografia evidențiază caracterul multilocular al formațiunii tumorale latero-uterine.

3. Pelviperitonita. Abcesul Douglas-ului

este inflamația acută a peritoneului pelvin, propagată de la o inflamație acută utero - anexială;
sunt prezente semnele generale ale infecției acute, asociate semnelor de iritație peritoneală, localizate în etajul abdominal inferior (febră de tip septic, grețuri, vărsături, meteorism și sistarea tranzitului intestinal sau tenesme rectale cu scaune mucoase, apărare sau contractură musculară);
pelviperitonita evoluează spre rezoluție, abcedare sau peritonită generalizată;
abcesul Douglas-ului apare ca o formațiune retinentă și extrem de dureroasă care dislocă anterior uterul și care face să bombeze fundul de sac vaginal posterior. Abcesul poate fistuliza în organele învecinate (rect, vagin, vezică urinară) cu vindecare sau se poate rupe în marea cavitate peritoneală, cu peritonită generalizată în doi timpi.

Tratament

Toate pacientele cu BIP acută ar trebui să urmeze un tratament parenteral cu antibiotice cu spectru larg care să acopere germenii cel mai frecvent implicați în etiologia bolii. Ideal ar fi ca toate bolnavele să fie tratate în spital. Pacientele care sunt tratate ambulator trebuie să se prezinte după 72 ore de la inițierea tratamentului la control pentru evaluarea eficacității acestuia.

Conform Center for Deasease Control spitalizarea este indicată în următoarele situații:

* Diagnosticul este incert și mai ales dacă nu se poate exclude o sarcină ectopică sau o apendicită acută;
* Se suspectează un abces pelvin sau tubo - ovarian (clinic și ecografic);
* Pacienta este gravidă;
* Formă severă a bolii (febră peste 39 ° C, vărsături, ileus paralitic);
* Pacienta este adolescentă;
* Lipsă de răspuns la tratamentul ambulator după 72 ore;
* Pacienta este HIF pozitivă;
* Pacienta este purtătoarea unui dispozitiv contraceptiv intrauterin;
* Din diferite motive pacienta nu poate urma sau nu tolerează tratamentul ambulator.

în spital se recomandă folosirea unei asociații de antibiotice în condițiile de regim igieno - dietetic și pungă cu gheață pe abdomen. Cea mai utilizată asociație de antibiotice este: Ampicilina (1 g la 6 ore) + Gentamicină (80 - 160 mg/zi) + Metronidazol (soluție perfuzabilă).

în ultima vreme au câștigat din ce în ce mai mult teren cefalosporinele.
Se utilizează Cefoxitin (Mefoxin) - 2 g la 6 ore sau Cefotetan 2 g la 12 ore + Doxiciclina 100 mg la 12 h.

O altă asociație posibilă este: Clindamicina 900 mg la 8 ore + Gentamicină în doză de atac de 2 mg/Kg corp urmată de o doză de 1.5 mg/Kg corp administrată la 8h.

Administrarea i.v. trebuie menținută cel puțin 48 ore după îmbunătățirea vizibilă a evoluției bolii după care se continuă cu Doxiciclina 100 mg p.o. la 12 ore (la prima schemă) sau Clindamicina 450 p.o. la 6 ore (la a doua schemă) până la un total de 14 zile de tratament.

* *Tratamentul antibiotic ambuiatorse* poate face după una din următoarele scheme:

- Cefoxitin (Mefoxin) - 2 g i.v. + Probenecid 1 g p.o. în doză unică sau Rocephin 250 mg i.m. în doză unică + Doxiciclină 100 mg p.o.la 12 ore timp de 14 zile;
- Ofioxacin 400 mg p.o. la 12 ore + Clindamicină 450 mg p.o. la 6 ore sau Metronidazol 500 mg p.o. la 12 ore timp de 14 zile;
- Ceftriaxone (Rocephin) 250 mg doză mică i. m. + Doxiciclină 2 x 100 mg/zi 14 zile, sau
- Trovafloxacin (Fluoroquinolonă de ultimă generaţie) 200 mg/zi 14 zile.

* *Tratament parenterai:*

- Cefotetan 2 x 2g i. v. sau Cefoxitin (Mefoxin) 2 g i. v. la 6 ore + Doxicilină 2 X 100 mg sau p. o., sau
- Clindamicin 900 mg i. v. la 8 ore + Gentamicină 2 mg / kg corp doza de atac apoi 1,5 mg/ kg corp la 8 ore.

Rezultatul tratamentului antibiotic în spital este considerat ca favorabil dacă sunt prezenţi cel puţin 5 din următorii parametri:

* Dispariţia sau scăderea evidentă în intensitate a următoarelor simptome:
  - durerea abdominală;
  - greţuri;
  - vărsături;
  - inapetenţă;
  - diaree sau constipaţie.

* Dispariţia sau scăderea evidentă în intesitate a durerii abdominale la palpare;
* Temperatura < 37.8 ° C timp de 24 ore;
* Leucocite în 4 000 - 10 000 /mm^ sau scădere cu peste 30% a numărului iniţial dacă acesta a fost peste 10 000/mm^;
* Nu apare abces pelvin sau tubo - ovarian sau dacă acesta a fost prezent nu creşte în dimensiune.

Se apreciază ca eşec terapeutic:

* Progresiunea bolii: după 24 ore de tratament se înrăutăţesc cel puţin 4 din parametrii menţionaţi, după 48 ore a cel puţin 3 sau apariţia şocului septic;
* Răspuns inadecvat: după 96 ore de tratament nu s-au îmbunătăţit cel puţin 2 din parametrii menţionaţi;
* Eşec terapeutic tardiv: recădere în cel mult 10 zile de la întreruperea tratamentului;
* Eşec datorită apariţiei unor efecte secundare ale antibioticelor.

De obicei tratamentul medicamentos este suficient dar uneori este nevoie de intervenţie chirurgicală care are ca scop:

- evacuarea prin colpotomie a abcesului Douglas-ului;
- anexectomie în piosalpinx şi abces tubo - ovarian, după eşecul tratamentului antibiotic (persistenţa febrei, creşterea tumorii inflamatorii laterouterine, reapariţia semenelor de iritaţie peritoneală);
- histerectomie cu anexectomie, lavajul cavităţii peritoneale şi drenaj în formele grave şi peritoneale generalizate.

BIP acută poate să apară rar şi la gravide. în aceste cazuri tratamentul se face în spital şi se preferă administrarea i. v. de Clindamicină cu Gentamicină.

Tratamentul corect ar trebui să includă şi examinarea şi tratamentul al partenerilor sexuali dintre care mulţi pot avea o uretrită asimptomatică.

FORME CRONICE DE BIP

Etiologic - anexită acută incorect tratată;
- avort infectat;
- explorări endouterine;
- D.I.U.

Tablou clinic

Pentru diagnostic un rol important îl are anamneză prin care va trebui să obținem atât semne clinice subictive evocatoare cât și date pentru stabilirea etiologiei. Principalele elemente pe care le putem întâlni:

* durere postmenstruală, durere pelviană, durere persistentă în fosele iliace;
* febră de etiologie neprecizată;
* leucoree mucopurulentă;
* metroragii (determinate de distrofia ovariană inflamatorie);
* sterilitate (deseori formele cronice asimptomatice de BIP sunt depistate în investigarea sterilității);
* endometrite în antecedente.

Examenul local

La tușeul vaginal vom găsi:
- uter mare, de consistență crescută, sensibil, în RVF sau latero - deviat;
- trompa groasă, renitentă, sensibilă;
- ovare micropolichistice, dureroase.

Examinări complimentare:

* HSG și celioscopia permit stabilirea gradului și extinderii leziunilor anexiale.

Tratament

* *Conservator 6e* lungă durată:
  - antibiotice, conform antibiogramei, 3 luni intramenstrual;
  - antiinflamatorii;
  - cure scurte de CO (pentru tulburările menstruale și fenomene congestive dureroase);
  - balneoterapie - ape clorurosodice (Techirghiol, Sovata, Amara).
* *Tratamentul chirurgical \r\(i\cat* doar pentru recăderile repetate și în complicații: adeziolize, plastii tubare, salpingectomie).

Sechele - sindromul algic pelvin;
- sterilitatea prin obstrucție tubară;
- sarcina ectopică;
- metroragii (distrofie ovariană).

Având în vedere că sechelele BIP sunt foarte costisitoare atât pentru individ cât și pentru societate este imperativ necesar să se dezvolte metode diagnostice din ce în ce mai bune și tratamente care să prevină pe termen lung aceste consecințe.

TUBERCULOZA GENITALA

Obiective

* Cunoașterea tabloului clinic al afecțiunii;
* Cunoașterea principalelor consecințe clinice ale infecției tuberculoase;
* Cunoașterea principalelor mijloace de diagnostic și tratament.

Mal puțin frecventă decât altădată, totuși incidența tuberculozei genitale în România nu este de neglijat. Cauza etiologică a sterilității, ea evoluează cel mal adesea asimptomatic.

Tratată corect prognosticul el este foarte bun dar sterilitatea rămâne definitivă.

Etioiogie

Agentul patogen al TBC-ului genital (în cadrul Infecției generale TBC) este bacilul Koch. Din cele patru tipuri de B. K. (uman, bovin, aviar șl piscin) se pare că numai primul și într-o măsură discutabilă cel de al doilea generează boala la om.

Cel mal adesea B. K. contaminează aparatul genital pe cale hematogenă după o primo - Infecție. Contaminarea pe cale limfatică este rară și ea este cu bacilul bovin absorbit pe cale digestivă.

Infectarea directă a organelor genitale prin contact direct, este admisă astăzi numai pentru leziunile organelor genitale externe și asta atunci când se poate dovedi că leziunea are un caracter de primo - Infecție.

Anatomie patologică

Leziunea histologică de bază - ***macroscopic*** - este foliculul TBC Aschoff care apare ca o proeminență bine conturată și este expresia procesului de proliferare conjunctivă specifică.

Microscopic aspectul concentric este realizat de o celulă epitelioldă centrală înconjurată de 2 straturi de celule conjunctive, fibroblaști, limfoclți, celule mari plasmodiale.

Frecvența localizării, atingerii, a diferitelor segmente a organelor genitale este variabilă. Localizarea cea mal frecventă este la nivelul trompei a cărei anatomie o modifică "o mutilează" putând evolua până la hidrosalpinx șl plosalpinx. Uneori, localizarea tubară este însoțită și de localizarea peritoneală - peritonita granuloasă - șl atunci prediomină fenomenul prollferativ și exudativ.

în 80% din cazuri este interesat șl endometrul, vindecarea prin scleroză cicatriceală putând produce sinechil.

Diagnostic

De obicei este o femele tânără (25 - 30 ani) care consultă medicul pentru sterilitate, cel mal adesea primară.

Uneori, căutând etiologia unei anexite sau a unui sindrom dureros pelvian ajungem la diagnosticul de TBC genital, alteori, mai rar însă, o amenoree primară este cea care ne conduce spre descoperirea unei tuberculoze a endometrului (vezi cap. Amenoree).

Simptomatologie

Simptomatologia clinică diferă după aspectul anatomo - patologic al leziunilor după virulența evoluției și reactivitatea organismului. Cel mai adesea tuberculoza genitală este asimptomatică sau are semne clinice nepatognomonice.

Simptomatologie generală: astenie, subfebrilități vesperale.

Semne funționale: dureri abdomino - pelviene, amenoree sau oligomenoree, excepțional metroragii.

Examen ginecologic

Excepțional la examenul cu valve se va vizualiza o leziune ulcerată sau vegetantă.

Tușeul vaginal aduce prea puține elemente clinice și în orice caz necaracteristice: masă tumorală anexială uni- sau bilaterală, dureroasă fixată de corpul uterin.

Formele zgomotoase grave ca ascita și pelvi - peritonita astăzi sunt excepționale

Diagnostic pozitiv și diferențial

Pe baza simptomatologiei clinice, chiar în formele severe, macrolezionale, diagnosticul este cel mult sugerat, neputând fi diferențiate metroandexitele nespecifice de cele TBC.

Prezența sindromului general de impregnație bacilară este un element în plus care orientează investigația paraclinică spre probe care să precizeze etiologia bacilară a inflamației.

Două situații, de altfel rare, sugerează de la început diagnosticul de tuberculoză genitală:

- leziunile descrise apar la o virgină;
- manifestările descrise apar la o femeie cu o tuberculoză evolutivă extragenitală.

în rest diagnosticul pozitiv al tuberculozei genitale feminine (implicând diagnosticul diferențial cu metroanexitele nespecifice și patologia digestivă în special apendicita, *colita, etc.) se bazează în special pe investigații complementare paraclinice* care se impun întotdeauna când bolnava prezintă:

- tulburări menstruale în antecedente, sterilitate primară;
- episod pleural în antecedente;
- discrepanță între leziunile anexiale, uter de tip infantil și col îndemn;
- evoluție clinică rebelă la tratamentul obijnuit al metroanexitelor;
- apariția de pusee termice și fenomene de impregnație bacilară cu ocazia perioadelor menstruale.

Examinări paraclinice

1. Probe bacteriologice

* ***Intradermoreacția:*** este pozitivă, adesea se obține o flictenă.

* ***Biopsia de endometru:*** se face la sfârșitul ciclului și se încearcă evidențierea follculului Aschoff. Produsul obținut prin chiuretaj sau prin aspirație cu sonda Novak, recoltat în condiții sterile, se poate utiliza în studiile bacteriologice, respectiv se caută B. K. prin examen direct (colorație Ziehl - Nielsen), în cultură sau prin inoculare la cobai.

* ***Cuitură din sângele menstruai:*** recoltarea se face în prima zi a fluxului menstrual, în mici pesare de sticlă sau prin aspirație din vagin. De obicei, se fac trei recoltări la trei cicluri succesive.

2. Investigații invazive

* ***Histerosalpingografia*** - poate orienta diagnosticul prin evidențierea:
  - Calcifieri în aria aparatului genital;
  - Anomalii tubare: ele sunt constante, dar adesea nespecifice.

Au fost descrise trei tipuri de leziuni considerate totuși ca oarecum caracteristice:

a. îngroșări ale mucoasei cu granulări sau modificări hipertrofice, cu pliuri tubare neregulate, trompă moderat dilatată.
b. Leziuni distructive, contururi neregulate ale trompelor, abcese tubare ce comunică între ele prin traiecte fistuloase, aspecte saciforme (trompa moniliformă).
c. Trompa obliterată.

- Uterul este adesea normal. Sinechiile dau un aspect caracteristic, pseudo - malformativ, în treflă sau pseudo - unicorn. Uneori, sinechia este totală și cavitatea uterină nu se vizualizează.

**** Laparoscopia***

Este indicată în absența probelor histologice sau bacteriologice. Se pot constata:
- aderențe pelviene extinse;
- trompe îngroșate indurate;
- granulații peritoneale (pete albicioase de dimensiuni reduse - câțiva mm) răspândite pe suprafața peritoneului, organelor genitale și intestinului.

Evoluție

* *Cu tratament:* în cea mai mare parte din cazuri, tuberculoza genitală se vindecă dar iasă sechele: sterilitate difinitiva, sindrom algic pelvian, oligo- sau amenoree.

* *Fără tratament:* poate evolua cu o simptomtologie estompată și să rămână latentă, dar poate da și complicații redutabile: "ascita tinerelor fete", pelvi - peritonită, abces rece anexial. Nu este exclusă nici difuzia bolii: tuberculoză urinară, boala Pott, tuberculom cerebral, etc.

Tratament

Pentru a trata trebuie să avem confirmarea bacteriologică sau anatomo - patologică. în situaţii excepţionale acestea lipsesc, dar avem alte argumente ca: HSG evocatoare, intradermoreacţie pozitivă şi antecedente de tuberculoză, în general se poate începe un tratament.

Tratamentul este cel clasic, asocierea (cu toate precauţiile necesare) a Ethambutol + Rifampicină + Isoniazidă. Cele trei antibiotice se administrează asociat pe o perioadă de trei luni, urmând ca tratamentul să continue timp de 9 luni cu asociaţia Rimfampicină + Isoniazidă.

* ***Tratamentul chirurgical*** este o excepţie în tuberculoza genitală. Nu este codificat şi poate merge de la o salpingotomie până la histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. Deşi tratamentul antibiotic este foarte performant el nu exclude totuşi principiile clasice bazate pe cura sanatoriala igienico - dietetică a tuberculozei. Cura helio - marină este indicată în toate formele de TBC genital cu excepţia celor evolutive, ascitice, cu colecţii purulente sau asociate cu o formă pulmonară evolutivă.

* ***Tratament hormonal***

Cortizonul şi tiidrocortizonul se utilizează în asociaţie cu antibioticele pentru efectul lor antiproliferativ, litic şi antiinflamator în doze de 50 mg/zi terminând cura cu câteva injecţii de ACTH şi cu toate precauţiile impuse de corticoterapie în general (supravegherea glicemiei, a retenţei hidrosaline, a TA, a unui vechi proces ulceros).

Testosteronul se utilizează în scop de contracarare a efectului congestiv al estrogenilor, pentru a bloca puseele evolutive menstruale (hiperestrogenia experimentală la animale permite evidenţierea B. K. în endometru). La fel acţionează progestativele de sinteză.

Aprecierea vindecării TBC-ului genital

Ameliorarea stării generale, dispariţia subfebrilităţilor, revenirea la normal a probelor de laborator, a semnelor radiologice, a supleţii şi mobilităţii organelor genitale interne, lipsa puseelor congestive şi febrile menstruale sunt criterii de vindecare.

Asociaţii ale tuberculozei genitale:

1. Tuberculoza genitală şi sarcina:

- tuberculoza genitală în general este o cauză de sterilitate dar în caz de sarcină poate induce avortul;
- sarcina agravează TBC genital;
- este posibilă infecţia intrauterină a fătului.

2. Tuberculoza şl infecţiile genitale nespecifice:

- infecţiile nespecifice pot favoriza grefarea tuberculozei genitale;
- pe fondul unei tuberucloze genitale o infecţie nespecifică dă complicaţii grave supurative.

3. Asocierea cu neoplasmul sau cu fibromul nu sunt excluse.

ENDOMETRIOZA

Definiție

în esență, endometrioza este o condiție anormală în care focare de țesut endometrial apar și se dezvoltă în afara uterului, mai frecvent pe ovare, fundul de sac Douglas, ligamente utero - sacrate, peritoneul pelvin, etc.

Cunoscută și sub denumirea de endometrioza externă, creșterea insulelor enodmetriozice este de obicei limitată la organele intraabdominale și pelviene, dar s-au raportat cazuri de insule de endometru apărute la distanță, în plămâni sau membre. Dacă creșterea țesutului endometrial nu depășește miometrul, afecțiunea poartă numele de endometrioza internă sau adenomioză.

Localizare: ovar, cel mai frecvent. Leziunile apar fie sub forma unor chiste numeroase de dimensiuni reduse și culoare închisă, conținând sânge, fie sub forma unui chist de dimensiuni mari, cu o culoare șocolatie - endometrioma.

* Fundul de sac Douglas: apar în 30 - 40% din cazuri.
* Peritoneu: apar sub forma unor noduli de culoare neagră - albăstruie; în cazul unei afectări severe pot apare adeziuni între ele și organele abdominale.
* Intestin subțire, colon, rect: acestea pot fi infiltrate cu țesut endometrial; fibrozarea leziunilor poate duce la obstrucții.
* Tract urinar: leziunile din vezica urinară pot determina hematurie și disurie; invadarea uterului poate determina obstrucție și în cazuri mai grave retenție urinară.
* Peretele abdominal: pot apare izolat în ombilic sau în cicatricile post - operatorii, mai ales după intervențiile pe uter.
* Peritoneu și vagin: în peretele vaginal și pe cicatricile peritoneale.

Leziunile tipice de endometrioza apar sub forma unor noduli de culoare albastru - negru, în rare cazuri depășind 1 cm diametru. Leziunile pot fi mici și diseminate, făcând diagnosticul dificil mai ales în stadiile timpurii ale bolii. în stadiile severe sau avansate, nodulii pot fi de dimensiuni mari și apare fibroza țesutului din jurul leziunilor.

Chiste de dimensiuni mai mari se pot dezvolta în ovar, acestea fiind pline cu un lichid de culoare maro - șocolatie - endometriomată sau "chistele de ciocolată". Dacă lichidul se scurge, determină aderențe și fibrozare; de asemenea provoacă o iritație foarte intensă a peritoneului.

Cele mai multe implanturi endometriale sunt active, apărând modificări structurale în concordanță cu modificările hormonale din cursul ciclului menstrual, similar cu endometrul.

Leziunile proliferează în decursul fazei foliculare a ciclului menstrual, sub influența estrogenilor, iar apoi se sparg și sângerează în faza luteală. Oricum, spre deosebire de endometrul normal, sângerarea nu se poate produce astfel încât sângele se acumulează, determinând apariția leziunilor de endometrioza, și a durerii în timpul ciclului menstrual.

Fără tratament, leziunile progresează, și în timp, datorită aderențelor care apar, se produce afectarea pelvisului, aderențele fuzionează și apare așa numitul "pelvis înghețat".

Endometrioza apare la circa 5 -10% din femeile aflate în perioadă reproductivă. Circa 15 - 20% din pacientele supuse unor intervenţii chirurgicale pe micul bazin prezintă endometrioza. Datele recente sugerează că peste 10% din femeile aflate în perioada fertilă suferă de endometrioza simptomatică sau nu.

Peste o treime din cazuri apar înaintea vârstei de 20 de ani, însă sunt diagnosticate în jurul vârstei de 30 ani când se prezintă la medic în principal datorită infertilităţii. Actualmente, datorită tendinţei de a amâna naşterea primului copil datorită condiţiilor socio - economice, se constată o diagnosticare mai frecventă în decada a patra.

Etiopatogenie

Mecanismul de apariţie al endometriozei nu este încă pe deplin cunoscut însă există mai multe teorii care încearcă să explice etiopatogenia bolii.

1. Teoria menstmaţiei retrogmde- *QpamXB'in* anii 20, cea mai acceptată în prezent.

Această teorie susţine ideea de flux menstrual retrograd, care transportă fragmente viabile de endometru din cavitatea uterină prin trompele uterine, în cavitatea abdominală. Ajunse aici fragmentele de endometru aderă la organele abdominale, determinând apariţia leziunilor.

Deşi parţial adevărată, această teorie nu explică de ce multe paciente care au un flux menstrual retrograd dovedit nu dezvoltă endometrioza, precum şi rarele cazuri de endometrioza apărute în plămâni sau fose nazale.

2. Teoria metaplastică - la câteva paciente suferind de endometrioza precum şi doi pacienţi la care s-a raportat apariţia unor astfel de leziuni, au fost găsite nivele anormal de ridicate ale estrogenilor în cavitatea abdominală. Acest fapt sugerează că celulele organelor pelviene îşi pot modifica caracteristicile (metaplazie) ca răspuns la acţiunea unor stimul ca hormoni, agenţi infecţioşi, etc.

3. Teoria cliirurgicală - împlânte de endometru viabil pot fi însămânţate în timpul intervenţiilor chirurgicale, explicând apariţia leziunilor în plăgile post-operatorii.

Oricum aceste două teorii nu explică apariţia leziunilor la pacientele cu nivel normal de estrogeni şi acolo unde nu au existat intervenţii chirurgicale.

4. Teoria diseminării pe caie iimfatică - sugerează posibilitatea transportării ce\u\e\ov endO'i^etTlate de la uter îa alte localizări din organism. Teoria nu explică de ce endometrioza nu apare la toate femeile. Femeile cu endometrioza au un răspuns imun modificat cu deficienţă autoimună; femeile cu endometrioza au un nivel ridicat al anticorpilor, ele nu resping ţesutul endometrial ectopic.

Teoria deficitului autoimun poate lega teoriile de mai sus. Există un factor ereditar atât în cazul deficitelor imune cât şi în cazul endometriozei: o femeie cu rude apropiate care au endometrioza prezintă un risc de 7 ori mai mare de a face boala decât media.

Simptomatologie

Simptomele endometriozei sunt diferite în funcţie de localizare şi de "activitatea" leziunilor. Nu întotdeauna severitatea simptomelor este corelată cu gravitatea leziunilor;

laparoscopia arată că în 10 - 15% din cazuri nu există nici un simptom. Cele mai tipice simptome apar în cazul localizării pe ovare. Acestea sunt:

* Durerea - legată de menstruaţie, ovulaţie, actul sexual.
* Infertilitatea sau dificultatea de a duce o sarcină la termen.
* Menstruaţii neregulate: de exemplu: cicluri scurte cu perioade lungi de sângerare.
* Stare generală alterată mai ales în perioada menstruaţiei.

* **Durerea** - durere surdă în regiunea pelviană şi în regiunea lombară, cu durată de câteva zile mai ales în timpul menstrelor *{dismenoree).* Uneori, durerea este resimţită ca o senzaţie de greutate în pelvis *{dismenoree congestivâ).* Poate fi însoţită de migrene, dureri articulare şi greţuri.

Apariţia durerii este legată de ciclul mesntrual, rezultând probabil din sângerarea implantelor în ţesuturile de vecinătate.

Durerea la ovulaţie - mitteischmerz- este severă şi în multe cazuri ciclul este scurtat astfel încât durerea este continuă, fără a se ameliora în perioadele premenstruale şi menstruale.

Durerea din timpul actuiui sexuai - dispareunia - este de obicei resimţită adânc în pelvis şi poate fi uneori fulgerătoare şi foarte intensă; în principal se datorează aderenţelor.

* **Sterilitatea** - din pacientele cu endometrioză, 30 - 40% sunt infertile, iar dintre pacientele cu infertilitate 6 -15% au endometrioză ca unic factor al infertilităţii.

Mecanismul de apariţie a sterilităţii nu este cunoscut. în unele cazuri aderenţele şi ţesutul cicatricial pot bloca trompele uterine sau ovarul.

Implantele endometriale secretă prostaglandine, ducând \a apariţia unor nivele crescute la pacientele cu endometrioză. Prostaglandinele afectează negativ atât contracţiile trompelor uterine şi funcţia ovariană, cu efect negativ asupra capacităţii reproductive. Pot apărea modificări în decursul fazei luteale, cu scurtarea ei sau o secreţie de progesteron insuficientă pentru a susţine dezvoltarea normală a endometrului. în acest caz, chiar dacă oul este fertilizat, uterul nu este capabil să-i susţină dezvoltarea, iar implantarea ovulului nu va avea loc. Femeile cu endometrioză sunt supuse mai mult riscului de a pierde sarcina decât alte femei; rata pierderii sarcinii este de 35 - 50% comparativ cu sub 20% la populaţia sănătoasă.

* **Cicluri neregulate** - pot apare tulburări ale ciclului menstrual, în special pierderi excesive de sânge *{menoragii).*

Semne şl simptome generale: astenie, fatigabilitate, uneori subfebrilităţi mai ales în timpul menstrelor.

Alte simptome: hematurie, disurie, obstrucţie intestinală, tenesme rectale, etc.

Simptome principale:	*Simptome secundare:*
- durere	- semne generale
- sterilitate	- hematurie
- menstre neregulate	- disurie, obstrucţie intestinală, tenesme

Diagnostic

Simptome clasice: dismenoreea, dispareunie și sterilitatea sugerează diagnosticul de endomethoză. Din păcate durerea, principalul simptom, este subiectivă. De asemenea, și celelalte semne se întâlnesc și în alte afecțiuni. Din aceste motive, diagnosticul definitiv se va pune întotdeauna prin laparoscopie. Laparoscopia permite diagnosticul exact al afecțiunii și permite aprecierea extinderii bolii. Dacă leziunile sunt mici și localizate, ele pot 1i'lTi^a\\iTa\B"^T^ \^TfV^S S'b"ț&^Qfi.^^

Stadializare

Endometroza fiind o afecțiune progresivă, există mai multe stadii evolutive ale bolii. în 1985 American Fertility Society clasifică boala în patru stadii:

* minimă;
* ușoară;
* moderată;
* severă.

Stadializarea corectă a endometriozei ne dă o imagine clară a prognosticului și permite o alegere mai bună a metodei terapeutice utilizate.

Scorui RAFS (Revised American Fertility Society):

Endom etrioză	**Sub** 1 cm	1 - 3 cm	**Peste 3 cm**
Peritoneu			
- Superficia1	1	2	4
- Profund	2	4	6
0 va r			
- Superficial	1	2	4
- Profund	4	16	20
0 bliterarea Douglas parțială	4	corn pletă	40
Ade rente	sub 1/3	1/3 - 2/3	peste 2/3
Ovar*			
- Subțiri	1	2	4
- Dense	4 *	8 *	16
Tro m pe			
- Subțiri	1	2	4
- Dense	4	8	16

* fiecare ovar se stadializează separat.

Tratament

Tratamentul endometriozei depinde de dorința pacientei de a avea în continuare copii, severitatea semnelor și simptomelor și vârsta pacientei.

Tratamentul are următoarele obiective:

- ameliorarea simptomelor;
- restabilirea fertilității, unde este cazul;
- înlăturarea endometriozei.

Principalele tipuri de tratament sunt:

- tratamentul hormonal (medicamentos);
- tratamentul chirurgical;
- combinarea celor două tratamente.

în principiu nu există un tratament curativ pentru endometrioză, cu excepția extirpării chirurgicale a întregului aparat reproductiv. în cazurile ușoare până la moderate chirurgia pare să aibă un avantaj față de tratamentul medicamentos. Menținerea sub observație sau doar calmarea durerii se face în cazul descoperirii întâmplătoare a bolii, cu ocazia unor investigații pentru alte afecțiuni.

în general, în fucție de stadiul bolii se procedează astfel:

* *Stadiul I:* - ținere sub observație.

* *Stadiul Ii (ușoară):* - tratamentele chirurgicale și hormonale au succes, iar recurența este sub 10%.
* *Stadiul III (moderat):* - tratament chirurgical conservator, cu îndepărtatea numai a leziunilor și aderențelor, plus tratament medicamentos; recurență în jur de 50%.
* *Stadiul IV (sever):* - adeseori necesită chirurgie radicală; tratamentul preoperator hormonal poate reduce extinderea leziunilor și riscul operator.

* *Tratamentul medicamentos*

Tratamentul tiormonai este indicat în:

- leziuni nu foarte extinse;
- când pacienta dorește să procreeze;
- leziunile sunt situate în locuri greu accesibile chirurgical sau în care chirurgia prezintă un risc prea mare;
- ușurează chirurgia ulterioară;
- paciente tinere.

Esența tratamentului hormonal este de a întrerupe ciclicitatea secreției endogene hormonale și în felul acesta ciclicitatea evoluției focarelor de endometrioză. Prin creerea unei stări de pseudomenopauză sau pseudosarcină după 6 - 9 luni de tratament focarele de endometrioză se atrofiază dispărând în bună măsură.

în timp au fost folosite mai multe tipuri de tratamente hormonale: cu estrogeni, cu androgeni, cu progestative. Cele mai eficiente tratamente hormonale sunt cele ce apelează la Danazol și analogi de GnRH (Bruserelin, Nafarelin Hystrelin, Zoiadex).

Danazol-ul blochează eliberarea gonadotrofinelor, a FSH și LH. Fără acești hormoni ovulația nu apare iar producția de estrogeni este blocată. Implantele endometriale se atrofiază iar menstruația se oprește.

Goserelin-ul(Zoiadex) acționează la nivelul glandei hipofize producând epuizarea receptorilor GnRH și pur și simplu blochează hipofiza, astfel încât secreția de estrogeni este virtual abolită (se produce o castrare medicamentoasă reversibilă). Administrat timp de circa 6 luni, Zoiadex determină dispariția sau reducerea drastică a leziunilor atât ca număr cât și ca dimensiune. Administrarea Zoiadex se face lunar, 3.6 mg

s.c. în peretele abdominal anterior. Spre deosebire de Danazol, a cărui efecte secundare sunt severe și permanente, efectele secundare apărute după Zoiadex sunt cele asociate scăderii nivelelor de estrogeni, cum ar fi valuri de căldură, cefalee, etc.

* ***Tratamentele chirurgicale*** sunt folosite după ce mijloacele hormonale au fost epuizate. Laparoscopia este metoda de elecție, care beneficiind de mărirea realizată de sistemul optic permite un diagnostic precis, stadializare și apoi cu ajutorul penselor de electrochirurgie permite rezecția focarelor, biopsie țintită și adezioliză.

în clinica noastră atitudinea atitudinea vis-a-vis de cazurile cu endometrioză este următoarea:

Etapa I- suspiciunea de endometrioză este supusă unui examen clinic și de laborator atent.

Etapa II- laparoscopia ce permite diagnosticul vizual, prelevarea de probe biologice (lichid din Douglas), stadializare, biopsie țintită și pe cât posibil terapie conservatoare prin rezecția focarelor de endometrioză.

Etapa III - tratament hormonal susținut timp de 6 - 9 luni.

Etapa IV - second look laparoscopic, eventual continuarea rezecției focarelor restante.

Etapa V - dispensarizare atentă încă 3 ani.

Cazurile cu extensie majoră necesită cură chirurgicală radicală pe calea chirurgiei clasice. La femeile tinere, cu dorință de procreere se va încerca pe cât posibil a se practica o chirurgiei conservatoare. Starea de gestație prin perioada de 9 luni de lipsă de ciclitate a stimulului hormonal este tratamentul ideal la aceste cazuri.

PATOLOGIA SÂNULUI

Date anatomice

1. Structura epitelială normală

Glanda mamară este o glandă anexă a pielii, ea conține un aparat excretor constituit din canale ramificate la capătul lor găsindu-se unitățile funcționale care sunt alveolele. Lobulii sunt grupați în mai mulți lobi distincți care au un canal colector propriu care se deschide la exterior (la nivelul mamelonului).

2. Aparatul mamar de susținere

Țesutul de susținere mamar este alcătuit din țesut adipos și țesut conjunctive - vascular. Rolul lor în susținere este variabil în funcție de vârstă în sensul că țesutul adipos crește cantitativ în timp.

Vascularizația - este asigurată de artera mamară externă, ramură a arterei axilare și artera mamară internă ce are un traiect retro - mamar de unde trimite ramuri perforante spre glandă.

Limfaticele - sunt reprezentate de două lanțuri ganglionare, unul extern latero - pectoral care drenează în rețeaua axilară și cea subclaviculară și cel intern inaccesibil la palpare și care drenează în ganglionii toracici.

Fiziologia glandei mamare

* La naștere:
- canale înconjurate de un epiteliu glandular;
- poate apărea o hipertrofie mamară cu secreție datorată impregnării estrogenice materne.

* La pubertate:
- canalele se alungesc;
- la nivelul extremității sub influența estrogenilor apare o proliferare cu formarea lobilor mamari. începe organizarea în lobuli.

* La apariția menarhei:
- primele cicluri sunt de obicei anovulatorii și deci glanda mamară va fi numai sub influență estrogenică;
- când ciclurile devin ovulatorii progesteronul favorizează maturarea lobulilor și astfel în 12 - 18 luni va apărea structura definitivă mamară.

* în timpul sarcinii:
- are loc o multiplicare a lobulilor ale căror canale sunt pline de secreția lactată.

Pentru amănunte vezi cap. "Anatomia glandei mamare " - Voi. I Obstetrica.

Examen clinic

1. Autoexaminarea

Pacienta trebuie educată să practice acest tip de examinare în perioada postmenstruală și să consulte medicul la apariția oricărei modificări.

a. *Inspecția*- se face în ortostatism și se caută eventualele modificări la nivelul pielii, modificări care se accentuează la ridicarea brațelor.
Exemplu: piele în coajă de portocală, retracție, etc.

b. *Palparea* - se face în poziție culcată și se palpează fiecare cadran în parte prin palpare cu palma bine întinsă.

2. Examinarea făcută de către medic

a. La inspecție se caută:
- variații de volum ale sânului;
- retractil mamelonare provocate sau spontane;
- anomalii ale pielii;
- ulcerații;
- scurgeri mamelonare.

b. La palpare:
- se încearcă provocarea apariției fenomenului de piele în coajă de portocală (acest aspeect se datorează prelungirilor înspre țesutul cutanat a unei tumori infiltrante);
- se caută aderența tumorii la planurile superficiale sau la cele profunde (marele pectoral);
- se explorează ganglionii axilari;
- se palpează ganglionii subclaviculari.

c. Dacă pacienta prezintă galactoree:
- se apreciază dacă este sanghinolentă și dacă este uni - sau bilaterală;
- prin presiunea asupra mamelonului se recoltează secreție pe o lamă și se trimite pentru examen citologic.

LEZIUNI MAMARE BENIGNE

1. Mastodinia.
2. Leziuni inflamatorii.
3. Leziuni regresive: displazia mamară.
4. Tumori benigne: - fibroadenom;
   - papiloame intragalactoforice;
   - adenomatoze erozive ale mamelonului.

1. MASTODINIA

Prin mastodinie se înţelege tensiunea mamară dureroasă ce apare la femei premenstrual, în urma unei receptivităţi mamare crescute, faţă de hormonii ovarieni, în speţă faţă de estrogeni. Mastodinia este expresia unei sistări de hiperestrogenie.

Simptomatologie - durerea sau tensiunea mamară dureroasă care poate fi localizată într-un anumit sector sau la toată mamela, iradiază spre membrul superior şi gât. Este de obicei bilaterală, dar cu predominanţă unilaterală uneori.

în mastodinia simplă, mamela este fără modificări morfologice. în mastodinia asociată cu mastoză, în glandă se palpează focare fibronodulare dureroase, care variază în raport cu faza ciclului ovarian.

Diagnosticul diferenţial se face cu mastozele, cu tumori benigne şi maligne ale mamelei. Din anamneză rezultă perioada apariţiei durerii în faza de ciclu. Practic, evoluţia mastodiniei este benignă şi de durată.

Tratamentul - administrarea de progestative premenstrual, aplicaţii locale de creme sau geluri pe bază de Progesteron (Mastoprofen, Progestagel). în formele rebele se pot utiliza Bromergocriptină ca antiprolactinic şi chiar antiestrogeni (Tamoxifen).

2. LEZIUNI INFLAMATORII

a. Mastita acută (abcesul)

Nu se întâlnesc practic decât în postpartum şi sunt urmarea înfundării unor canale galactofore.

Orice abces apare în afara acestei perioade, ridică suspiciune de malignitate. Cel mai adesea mastita este localizată doar într-o parte a sânului iar germenul cel mai frecvent întâlnit este Stafilococul.

* ***Tratamentul angorjărilor*** (înfundărilor):
- golirea sânului (manuală sau cu pompa electrică);
- diminuarea aportului de lichide;
- se poate începe şi direct cu un tratament care să vizeze oprirea secreţiei de prolactină (Bromcriptină, Parlodel, Dopergine - administrate 2 co/zi timp de 15 - 21 zile).

Atenţie: nu se aplică bandaj corn preş iv şi nici tratamnt estrogenic în doze mari.

* ***Tratamentul mastitel***
- antibioterapie până când abcesul fluctuează după care se incizează şi se drenează larg.

b. Mastite cronice - au o etiologie foarte diversă, cele mai frecvente sunt cele:

- Tuberculoase;
- Sifilis;
- Actinomicoză;
- Mastita cu plasmocite (se caracterizează prin tumefacție subareolară; ruptura unul canal galactofor dilatat care determină o reacție cu plasmocite;
- Steatonecroză (cel mai adesea post - traumatică; în urma reacției inflamatorii lipofaglce apărând o tumefacție);
- Boala Mondor (flebltă superficială caracterizată printr-un cordon dureros însoțit de eritem și refracție cutanată);
- Mastită canallculară (este inflamația canalelor galactofore progresivă de la gradul I până la gradul III). Afecțiunea se caracterizează printr-o fibroză pericanaliculară și fenomene Inflamatorii care determină distrugerea țesutului elastic și dilatarea canalelor galactofore.

3. DISPLAZII MAIVIARE

Sunt leziuni benigne care necesită însă o supraveghere regulată în funcție de gradul de severitate:

Gradul de severitate	*Caractere morfologice majore*
gradul I	- microchiste de maxim 2 mm diametru
gradul II	- chiste adevărate > 2 mm diametru
gradul III	- adenoză floridă, sclerozantă
graudul IV	hiperplazie epitellală intragalactoforică
gradul V	proliferare papilomatoasă intragalactoforică

a. Displazia micronodulară

- dureri preponderent în cadranele supero - externe;
- la palpare: discrete dilatări chistice ale globulilor.

**** Tratament:***

- Trebuie să excludem cu siguranță caracterul malign al leziunii;

- Se face tratament ciclic cu progestative per os deoarece leziunea se datorează unui dezechilibru estro - progestativ.

Se administrează un comprimat (5 mg/zi Lynestrenol; Orgametril - ziua 15 - 24 a ciclului);

Aplicații locale zilnice a unui gel cu progesteron: Progestogel timp de 2 - 3 cicluri.

b. Displazie macronodulară fibrochistică

La palpare găsim noduli mai mari (0.5 - 2 cm diametru), dureroşi localizaţi în principal în cadranul supero - extern.

* ***Tratamentul*** este identic cu cel din displazia micronodulară. Dacă nu se obţine o ameliorare se poate administra un progestativ în mod continuu timp de 2 - 3 luni, rezultatul aşteptat fiind amenoree şi ameliorarea simptomatologiei mamare subiective şi obiective.

Sunt autori care susţin degenerarea malignă în 1 - 3% din cazuri.

c. Boala chistică (mastoza cronică sclerochistică Redus)

Este o afecţiune la limita între tumoră şi inflamaţie. Se caracterizează prin prezenţa mai multor formaţiuni chistice în cele două mamele.

* ***Etiopatogenie-\n*** producerea bolii se pare că este incriminat factorul endocrin (stările de hiperestrogenie).

* ***Anatomie patologică*** - sânul poate fi interesat într-o zonă bine delimitată sau generalizat. Uneori sunt afectaţi ambii sâni. Modificarea de bază este hiperplazia elementului epitelial sau conjunctiv al parenchimului glandular.

**** Simptomatologie:***

- Mastodinie - sindrom dureros mamar cu recrudescenţă premenstruală, sânul fiind tumefiat;
- La palparea glandei se simt mai mulţi noduli remitenţi, delimitaţi care nu sunt aderenţi nici la tegumente nici la musculatură, iar mamelonul nu este retractat. La nivelul sânului contralateral se constată de obicei prezenţa unor formaţiuni asemănătoare;
- Ganglionii axilari pot fi eventuali perceptibili, dar îşi păstrează individualitatea.

* ***Diagnosticul*** - impune pe lângă examenul clinic şi explorări de laborator (biopsia şi examenul histologic, care tranşează diagnosticul). Pot fi utile examenul radiologie, mamografic şi cel ecografic.

* ***Diagnosticul diferenţial*** - se face cu un limfangion, mastita cronică, galactocelul, TBC mamar, hemangion, adenofibrom, cancer mamar.

Evoluţia bolii este în general lentă, cu agravări succesive legate de fenomene intercurente ca oscilaţiile hormonale, apropierea menopauzei, helioterapia.

Boala poate fi frânată de menopauza naturală sau ovarectomie bilaterală.

Există posibilitatea de transformare într-un cancer veritabil sau chiar asocierea cu cancerul.

* ***Tratamentul-*** conservator (hormonal) sau chirurgical.

Tratamentul conservator - este indicat în formele difuze incipiente.

Tratamentul hormonal este în funcţie de profilul hormonal al femeii. în hiperestrogenie este indicat să se administreze progestative. Progestativele se pot aplica cu succes şi local sub formă de creme (Mastoprofen) sau geluri (Progestagel).

Tratamentul chirurgical se practică sub formă de sectorectomie în raport cu întinderea procesului lezional, rareori se poate indica mamectomia.

d. Chistul solitar

Boală distrofică de aceeași origine histopatologică și macroscopică ca și mastoza sclerochistica. Se prezintă de obicei izolat în glanda mamară. Poate fi și alături de mastoza sclerochistica tipică. Este o tumoră intraglandulara sensibilă la presiune, bine delimitată, dar în conexiune cu glanda în care a luat naștere, independentă de piele; mamelon sau planurile profunde.

* ***Tratament-*** rezecție sectorială cu examen histopatologic.

4. TUIVIORI BENIGNE ALE SÂNULUI

a. Tumori conjunctive

Sunt reprezentate de lipoame, fibroame, mixoame, angioame, mioame și condroame. Sunt în general tumori rare. Au caracterele generale ale tumorilor benigne: tumoră mică, bine delimitată de țesuturile înconjurătoare, neaderentă, nedureroasă, mobilă, fără adenopatie satelită, evoluție lungă. Fibroamele au o consistență mai dură. Au la exteriorul tumorii o capsulă care se delimitează bine față de țesuturile din jur.

* ***Tratament-*** rezecție sectorială cu examen histopatologic.

b. Tumori epitelio - conjunctive

Adenofibromul - reprezintă tumora cea mai frecvent întâlnită la nivelul glandei mamare. Este o tumoare de volum variabil, ovoidală, uneori lobulată cu suprafață pe secțiune albă, strălucitoare.

Histopatologic predomină fibrele conjunctive, care circumscriu elementele epiteliale.

Varietăți: adenofibromul pericanalicular, care prezintă fibre conjunctive dispuse în jurul cavităților epiteliale ale acinilor.

Adenofibromul Intracanalicular

Tumora este voluminoasă și crește în interiorul canalelor galactofore, unele părți ale tumorii se pot necroza și determină sângerare prin mamelon.

**** Simptomatologie***

Se observă la femei între 20 - 35 de ani. Tumora este de multe ori asimptomatică și descoperită accidental cu ocazia toaletei. Alteori femeia prezintă vag senzația de durere la nivelul sânului.

Tumora are o formă ovoidală cu suprafață nedetă, mobilă, nedureroasă, fără adenopatie axilară. Are o evoluție lentă cu mici modificări de volum în timpul mestrelor.

* ***Tratamentul:*** rezecție sectorială a tumorii cu examen histopatologic.

Adenofibromixomui sau tumora Phylloides

Această tumoră reprezintă adesea evoluția unui adenofibrom intracanalicular banal, este o tumoră mare adesea gigantă, neregulată. Evoluția este lentă. Pielea se poate ulcera pe tumoare, în acest caz se poate produce infecția glandei.

* ***Tratamentul:*** mamectomie.

c. Tumori epiteliale

Adenomul mamar

Este o tumoră dură cu o capsulă netedă, clinic are aceleași caractere ca și adenofibromul. Se diferențiază doar histopatologic.

* ***Tratamentul:*** rezecție sectorială cu examen histopatologic extemporaneu.

d. Tumori vegetante intracanaliculare

Reprezintă o varietate destul de rară și sunt cunoscute sub numele de ***epitellon dentritic papilar*** Se caracterizează prin prezența în canalele galactofore a vegetațiilor arborescentre dentritice. Canalul este dilatat, neregulat și în interiorul lui plutesc vegetații în lichid sanghinolent.

**** Simptomatologie***

Se întâlnește la femei între 30 - 50 ani. De cele mai multe ori nu se poate palpa; atunci când se poate palpa, este o tumoră difuză care se simte într-o glandă dureroasă la a cărei presiune se produce sângerare cu lichid sanghinolent din mamelon.

Ganglionii axilari sunt nemodificați. Evoluția este lentă, tumora se poate maligniza și în acest caz crește în volum, își pierde limitele, iar ganglionii axilari se hipertrofiază.

* ***Diagnosticul*** se poate baza pe scurgerea sanghinolentă și pe examenul histopatologic din zona suspectă.

* ***Tratament:*** la femeile tinere se pot face intervenții limitate, ținând cont de evoluția lentă. La femeile în vârstă se indică mamectomia.

e. Tumori cu țesuturi lieterotopice

Condroameie, osteoameie sunt tumori rare și sunt caracterizate de prezența unor țesuturi heterotopice în glanda mamară.

* ***Tratament:*** rezecție sectorială.

f. Tumori vasculare

Angioamele se dezvoltă în stroma conjunctive - adipoasă a glandei. Se pot ulcera și pot produce hemoragii.

Endotelioamele derivă din endoteliu vascular. Aderă la piele luând un aspect de neoplasm.

* ***Tratament:*** rezecție sectorială.

5. TUMORI MALIGNE ALE SÂNULUI

Leziuni de frontieră: hiperplazia atipică și cancerul de sân in situ.

a. Hiperplaziile atipice sunt proliferări epiteliale ale canalelor și lobulilor care prezintă caractere citologice suspecte, fără a putea tranșa clar malignitatea lor.

Carcinomul in situ sau neinfiltrant sau preinvaziv este un carcinom care nu a străpuns încă membrana bazală a canalului sau a lobulului (carcinom intracanalicular neinfiltrant și carcinom intralobular neinfiltrant).

Aceste leziuni sunt adesea multicentrice sau bilaterale. Ele pot evolua spre cancer invaziv.

* *Diagnostic*

Poate pleca de la semne de apel funcționale sau fizice care nu au nimic specific sau patologia poate fi depistată cu ocazia unei mamografii efectuat în cursul unei intervenții pentru o mastopatie benignă.

* *Simptomatologie*

Cel mai adesea nu există nici un semn clinic. Poate exista însă o simptomatologie nespecifică (mastodinie, scurgeri mamelonare seroase sau sanghinolente). La palpare vom găsi un placard indurat.

* *Examinări compiementare*

Mamografia - poate să fie normală sau putem identifica focare de microcalcifieri, imagini stelare de dimensiuni mici și cu densitate scăzută sau discontinuități arhitecturale.

Examenul citologic - se practică din scurgeri mamelonare. în preparat vom putea găsi celule galactofore normale sau celule maligne, dar preparatul poate fi acelular ceea ce nu trebuie să fie considerat ca normal. în caz de frotiuri acelulare în repetiție, se impune examenul histopatologic.

Galactografia - pentru unii autori este o examinare puțin utilă mai ales în situația în care afecțiunea este pluricanaliculară, ea neputândd explora toate canalele galactofore.

* *Evoluție*

30% din femeile care au o hiperplazie atipică sau un cancer in situ riscă să dezvolte un cancer de sân.

Evoluția spre malignitate este cu atât mai frecventă cu cât gradul de atipie celulară este mai sever.

* *Tratament*

în fața unei leziuni localizate majoritatea autorilor pledează pentru o exereză cu o margine largă de siguranță. Dar există și opinia, mai ales datorită faptului că boala poate fi multicentrica, să se execute o mastectomie subcutanată bilaterală urmată de o chirurgie protetică a sânului.

b. Cancerul sân

Cel mai frecvent este un adenocarcinom. Este o afecţiune cu o frecvenţă relativ importantă şi se apreciază că una din 13 femei va dezvolta un cancer de sân. în Europa apar cam 80 de cazuri noi la 100 000 populaţie feminină pe an. Vârsta medie de apariţie este de 50 - 55 de ani.

Factori favorizanţi:

- antecedente heredocolaterale încărcate;
- nuliparitatea sau prima sarcină după 30 ani;
- afecţiuni caracterizate prin insuficienţa progesteronică (anovulaţie, sindromul Stein - Leventhal);
- tumori estrogeno - secretante;
- menarhă precoce;
- menopauză tardivă.

Anatomie patologică

**** Adenocarcinomul***

Anatomie macroscopică

"^ Aspectul tumorii: se prezintă de obicei ca un nodul care înainte de a deveni palpabil evoluează o perioadă lungă de timp infraclinic. în acest stadiu el nu poate fi decelat decât la mamografie. Timpul de dublare a dimensiunii tumorii este variabil de la 30 de zile până la 3 luni, o evoluţie rapidă indicând un prognostic nefavorabil. întâi intracanalicular, leziunea penetrează treptat ţesutul conjunctiv. Tumora poate fi localizată în oricare cadran al sânului.

* Evoluţia locală: creşterea în volum a tumorii va determina:

- apariţia unei tumefacţii şi reacţia ţesutului conjunctiv de vecinătate, ceea ce va face ca tumoarea să pară mai mare decât în realitate;
- refracţie cutanată prin punerea în tensiune a ţesutului conjunctiv şi a crestelor Duret;
- mai târziu invadează pielea sau muşchii pectorali;
- uneori poate coloniza epiteliul malpighian al mamelonului şi areolei dând semnele clinice ale bolii Paget (pseudoeczemă mamelonară).

* Difuzia ganglionară: invazia ganglionară este condiţionată de doi factori: volumul tumoral şi rapiditatea de evoluţie a tumorii. Ea se face pe două căi: lanţul ganglionar axilar şi lanţul ganglionar mamar intern. Nu este ocolit însă nici lanţul ganglionar subclavicular. Extensia ganglionară precede difuzia metastatică.

* Difuzia metastatică este frecventă şi relativ rapidă, principalele localizări fiind scheletul, plămânii, ficatul, creierul, ovarele şi pielea.

Anatomie microscopică

Adenocarcinomul este format din celule epiteliale înconjurate de o stromă reacţionată mai mult sau mai puţin densă. în funcţie de organizarea şi gradul de diferenţiere a celulelor tumorale distingem: carcinoame slab, mediu şi bine diferenţiate. Această clasificare are o valoare prognostică.

Forme histologice mai rare - sunt reprezentate de **carcinomul globular, adenocarcinomul coloid, carcinomul medular.**

Diagnostic

Afecțiunea poate fi descoperită întâmplător de bolnavă în timpul palpării sau de medic în timpul unei consultații efectuate sistematic.

în majoritatea țărilor europene, astăzi cancerul de sân este depistat prin mamografie, examinare efectuată sistematic în postmenopauză și la persoanele cu factori de risc. Nu sunt rare cazurile când depistarea se face pornind de la apariția unei metastaze sau a unei adenopatii axilare.

Simptomatologie - foarte rar este prezentă durerea, ceva mai frecvent apar însă scurgerile mamelonare spontane sau provocate.

Examenul cline

La inspecție putem găsi:

- o refracție sau deviație mamelonară;
- o refracție subcutantanată vizibilă mai ales la ridicarea brațului sau la mobilizarea tumorii;
- o ulcerație cutanată în formele evolutive;
- o hiperemie localizată sau difuză pe un sân cu edem și piele în coajă de portocală (semne inflamatorii ce caracterizează puseul evolutiv);
- adesea nici o anomalie.

Palparea: clasic găsim un nodul nedureros, dur fără o delimitare clară, mobilizarea sa determină apariția pliului cutanat.

Se va căuta gradul de fixare la planurile profunde. Nu sunt rare cazurile când nodulii sunt mici și dificil de palpat. Se vor palpa regiunile axilare și subclaviculare pentru a căuta ganglioni palpabili la care trebuie apreciată dimensiunea și gradul lor de mobilitate. Se va căuta sistematic existența scurgerilor mamelonare.

Diagnostic diferențial cu *fibradenomul* și *chistul mamar* care în principiu au contururi regulate și nu sunt aderenți de piele sau țesuri profunde; cu *distrofia fibrociiistică6\agc\osX\cu* diferențial este mai dificil deoarece placardul poate ascunde un cancer.

în practică examenul clinic nu poate face diagnosticul diferențial.

Examinări complementare

Mamografia - este o examinare obligatorie. Pe mamografie cancerul ne este sugerat de următoarele imagini:

- Opacitate densă, slab delimitată și cu contururi neregulate.
- Microcalcifieri diseminate și o îngroșare a tegumentului din vecinătatea tumorii (semn tardiv).

Există însă situații în care formațiunea densă este bine conturată.

Funcția, biopsia- completează examenul clinic și mamografia. în timpul punctiei putem aprecia duritatea țesutului iar examenul citologic devine foarte valoros dacă în frotiu vom găsi celule canceroase sau suspecte.

Atenție ! Preparatul acelular nu trebuie considerat ca rorrr.ai 5 D'err^:ă ' - - = a celulelor normale poate fi datorată șl unei puncții care a trecut pe 'â'-gâ :--^oafe

Ecograf/a-ea poate să fie foarte utilă și chiar să completeze datele marrc^raf.e în sânii adipoși. Semnele ecografice de suspiciune sunt:

- contururi neregulate; imagini heterogene;
- formă ovalară cu marele ax perpendicular pe piele;
- con de umbră posterior.

Examenul histologic extemporaneu ~ cel mai adesea permite diagnosticul, dar uneori trebuie să așteptăm examenul histologic complet.

Fig. 93 Tumoră benignă a sânului. Aspect ecografic.

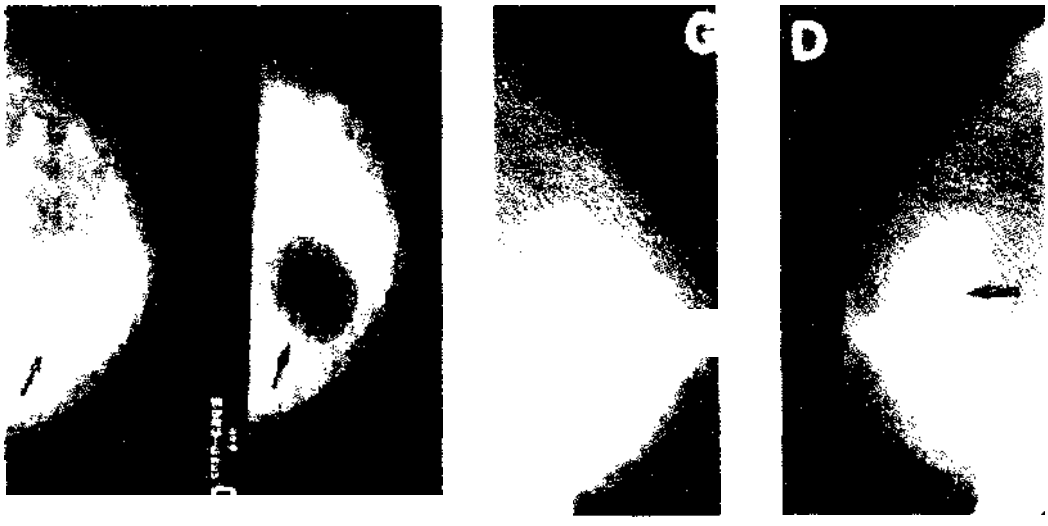


Fig. 94 Mamografie. a. Clnist solitar, opacitate bine delimitată. După golirea prin puncția chistului prin injectarea de aer se realizează chistografia gazoasă (b). c. Opacitate stelară, cancer de sân. (După Giraud J. R., 1993)

* Aspecte particulare în cancerul de sân

Boala Paget este o leziune pseudo - eczematoasă a mamelonului care corespunde întotdeauna unui cancer din profunzime. Macroscopic este o zonă roșie, uscată care începe din vârful mamelonului și se întinde în direcția areolei. Mai târziu ea poate trece în pielea din vecinătate. Adesea este interpretată ca o leziune inflamatorie sau ca o eczemă și este tratată ca atare.

Palparea nu aduce elemente suplimentare, diagnosticul este tranșat cu ajutorul mamografiei, a citologiei prin grataj și a biopsiei.

* *Tratamentul tret)u\e* făcut cu tuberculoza și sifilisul mamelonului.

Limfangita carcinomatoasă apare mai ales la femeile tinere uneori în timpul sarcinii sau a alăptării dar poate și la femeile în vârstă (mastita carcinomatoasă).

Se prezintă ca o tumefacție sau poate fi o mărire globală a sânului care este dureros, roșu, căldură locală și edem și apariția pielii în coajă de portocală. Prognosticul la 5 ani este foarte rezervat, invazia pielii și limfaticelor este foarte rapidă.

Dacă examenele complementare nu permit excluderea unei mastite infecțioase diagnosticul se face prin puncție.

Evoluție

Evoluția spontană este locală, regională și metastatică.

Evoluția locală- tumora ulcerează pielea, se fixează la peretele toracic, devine hemoragică sau se suprainfectează.

Evoluția regională- sunt invadați ganglionii axilari, se obstruează limfaticele cu apariția edemului (braț gros) și compresiuni nervoase cu paralizie de plex brahial.

Evoluția metastatică a fost descrisă anterior.

Evoluția cu tratament- în general există o supraviețuire la 50% la 5 ani și de 30% la 10 ani. Ea depinde de numeroși factori: volumul tumorii; invadarea ganglionară; caracterul histologic al tumorii; starea și cantitatea receptorilor hormonali; factori individuali.

Clasificarea TNM:

Tumora	Adenopatie	Metastaza	Puseu evolutiv (PEV)
T 0 tumoră inîraclinicâ	N 0: Tară adenopatie axilară homo lateralâ palpabilă	M 0: absente	PEV 0: fără puseu evolutiv
T 1 mănnne < 2 cm		M 1: metastază la distanță	PB/ 1: dublarea tumorii In mai puțin de 6 luni
T la Tară fixare			
T Ib: fixată			
	N l: adenopatie axilară homolateralâ palpabilă		
T *2* mărime > 2 cm Și < 5 cm	N la: ganglioni Tară suspiciune		Pev 2: aspect inflamator șl piele de portocală localizată
T 2a: Tară TIxare la pectoral	N Ib; ganglioni suspecți		
T 213: tixată			Pev 3: aspect inflamator și piele de portocală pe tot sa nul
T3: mărime > 5 cm			
T3a; neTixata	N 2: adenopatie tixată		
T3b; Tixată			
T4; tumoră de dimensiuni variabile cu invadarea pielii și/ sau la Tixare la peretele toracic	N 3: adenopatie subclaviculară retroclaviculară cu edem al brațului		Adesea este mai comod să facem PEV în funcție de datele obținute la interogatoriu

Tratament

**** Metode chirurgicale:*** în funcție de extinderea exerezei chirurgicale deosebim:

1. *Tumorectomia* = este ablația unei tumori benigne sau maligne, incizia făcându-se cu o zonă largă de siguranță.

2. *Piramidectomia* = este exereza unei piramide de țesut mamar centrat pe un canal galactofor. Intervenția se utilizează relativ rar, în cazul scurgerilor mamelonare seroase sau sanghinolente este însoțită de biopsie extemporanee.

3. *Sectorectomia* = este ablația unui cadran dintr-un sân patologic; intervenția se folosește pentru explorarea leziunilor infraclinice.

4. *Mastectomia* = este ablația glandei mamare în totalitate, se practică în general pentru cancer, ea incluzând și excizia unei largi porțiuni de piele și a mamelonului. Ea este însoțită și de limfadenectomie axilară iar la nevoie se extirpă și mușchiul marelui pectoral.

5. *Plastiile mamare* = se fac în scop estetic pentru corectarea unei ptoze mamare, pentru punerea unei proteze sau pentru reducție mamarăîn caz de hipertrofie.

1 2 3 4

Fig. 95 Tipuri de intervenții cliirurgicale pe sân: 1. Plramidectomie - excizia unui canal galactofor și a teritoriului glandular pe care îl drenează. 2. Tumorectomie. 3. Sectorectomie. 4. Mastectomie cu limadectomie axilară. (După j. R. Giraud, 1993)

Mai sus am descris principalele intervenții care se practică pe glanda mamară, dar în cancerul mamar se execută ablația tumorii prin:

- *Tumorectomie largă*- atunci când incizia trece la cel puțin 2 cm de tumoră și excizia se face până la fascia marelui pectoral;
- *Mastectomie cu respectarea mușctiiului pectoral* (operația Patey);
- *Operația Halsted* astăzi utilizată mai rar, ea include și ablația mușchiului pectoral.

Toate cele trei procedee de mai sus trebuie să fie însoțite de limfadenectomie axilară.

Trebuie să remarcăm că majoritatea autorilor astăzi consideră că la tumorile mai mici de 4 cm tumorectomia lărgită asociată cu radioterapie este superioară mamectomiei simple. Dacă tumoarea este situată în spatele mamelonului va trebui excizat și acesta obligatoriu deoarece adesea el este infiltrat cu celule neoplazice.

* Radioterapia

Se aplică 4 000 rad. la nivelul sânului şi pe regiunea ganglionară axilară, subclaviculară şi a lanţului mamelonar intern. Dacă avem invazie ganglionară iradierea poate să meargă până la 4 500 rad. dar există riscul edemului masiv de braţ şi a retracţiei pielii la aceste doze.

în caz de limfangită carcinomatoasă tratamentul constă în: o cură de chimioterapie urmată de radioterapie externă (3.500 rad.); o a doua cură de chimioterapie; mamectomie cu limfadenectomie. Postoperator: radioterapie externă (1 000 rad.) şi din nou chimioterapie.

* Hormonoterapia

Cancerul de sân este un cancer hormono - dependent el fiind influenţat atât de estrogenii şi progesteronul ovarian cât şi de androgenii şi corticosteroizii de origine suprarenală.

Hormonoterapia poate să fie:

* *Aditivă cor\%Xă* în rescrierea unor antiestrogeni (Tamoxifene, Noivadex - 2 - 4 comprimate/zi respectiv 20 - 40 mgr/zi) preparate ce intră în competiţie cu estrogenii la nivelul receptorilor celulelor canceroase mamare se leagă pe receptorii intracitoplasmatici, intră în nucleu şi împiedică duplicarea celulelor neoplazice.

în mod normal, acest tratament ar trebui să fie precedat de dozarea receptorilor tumorali pentru estrogeni şi progesteron fapt ce ar permite şi aprecierea şanselor de răspuns la tratament. S-au obţinut rezultate bune în tumorile primitive ce conţin receptori pentru progesteron pe metastazele ganglionare şi pe recidivele locale situate în ţesuturile moi.

în unele cazuri se pot folosi analogii GnRH mai ales la femeile în menopauză sau la celecare au fost castrate.

* *Supresivă* constă în castrare care poate fi chirurgicală sau prin iradiere. Trebuie să semnalăm faptul că la femeile de peste 40 ani chimioterapia poate avea, adesea, ca efect castrarea.

* Cliimioterapia

Este tratamentul de elecţie în cancerele avansate şi cu metastaze. Se obţine o remisie în 50% din cazuri. Există diferite scheme descrise, cele mai utilizate sunt combinaţiile:

- CMF: Cyclophosphamide - Methotrexat - 5 Flouracil;
- EC: Epiadriamycină - Cyclopaosphamidă.

Chimioterapia se utilizează şi ca tratament adjuvant în situaţiile:

- nu sunt prezente metastaze, ganglioni pozitivi, la o pacientă în premenopauză;
- la pacientele foarte tinere (< 35 ani) care prezintă un cancer de sân bi- sau multifocal chiar dacă ganglionii sunt negativi;
- dacă examenul histologic ne evidenţiază o invazie limfatică şi/sau vasculară.

Prevenire şi diagnostic precoce

Nu există măsuri care să poată împiedica apariţia cancerului deci nu putem discuta despre o prevenţie primară, însă un loc deosebit de important îl ocupă diagnosticul precoce care se bazează pe:

* Mamografie efectuată sistematic la toate femeile după 50 de ani;
* Educarea populaţiei feminine pentru efectuarea autopalpării - permite diagnosticul cancerului de sân înainte ca diametrul tumorii să depăşească 2 cm;
* Examen ginecologic anual.

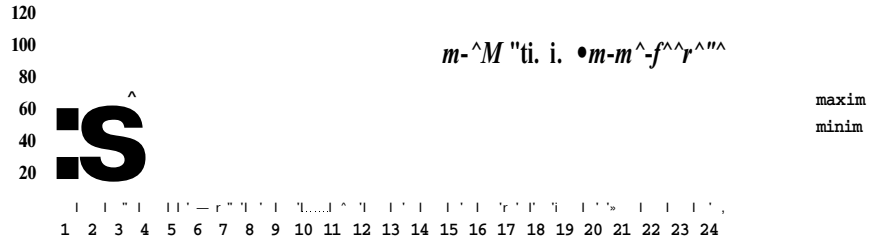
STERILITATEA SI IN FERTILITATEA FEMININA

Definție: incapacitatea unui cuplu de a concepe o sarcină după 12 luni de relații sexuale normale, fără a utiliza metode contraceptive

Definiția infertilității: imposibilitatea de a menține o sarcină deja apărută.

Precizare - literatura anglosaxonă denumește prin infertility atât sterilitatea cât și infertilitatea în timp ce literatura franceză (și cea română) utilizează termeni diferiți.

Fertilitatea unui cuplu variază cu vârsta, astfel la grupa de vârstă 20-24 ani rata de concepție/12 luni este de 86% și scade ajungând la grupul de vârstă 35-39 ani la 52%. De aceea o sterilitate are șanse de a fi tratată cu succes cu cât este mai repede luată în evidență.



Terminologie:- sterilitate primară - pacienta care nu a prezentat nici o sarcină;
- sterilitate secundară - pacienta care a mai avut sarcini anterior.

Incidența sterilității e apreciată ca fiind 10-15% din totalul cuplurilor de vârstă fertilă.

Pentru apariția unei sarcini este necesară integritatea următoarelor mecanisme:

1. spermograma normală;
2. emisia și recepția spermei;
3. ascensiunea spermatozoizilor;
4. ovogeneza normală;
5. ovulație și captarea ovulului de trompă;
6. fecundația în treimea extemă a trompei;
7. segmentarea oului;
8. transportul tubar al oului;
9. nutriția oului înainte și după nldație;
10. menținerea funcției corpului galben.

Orice alterare a unuia dintre aceste mecanisme poate determina sterilitate sau infertilitate.

Factori determinanți:

- factori masculini: 35-40% din cazuri;
- factori feminini;
- factori ce țin de ovul: 10-15% din cazuri;
- factori ce țin de tractul genital feminin: vaginali și cervicali 10-15%, utero-tubari 25-30%;
- sterilitate neexplicată 5-15%.

Factorii Vaginaii și Cervicaii:

- un pH acid poate constitui un mediu ostil spermicid;
- glera cervicală intervine în procesul de capacitație a spermatozoizilor și constituie un filtru pentru aceștia, îi protejează de mediul acid vaginal. Astfel o gleră modificată în cervicite cronice, insuficiența estrogenică sau cu anticorpi antispermatici împiedică ascensiunea spermatozoizilor.

Factorii utero-tubari:

- pentru ca implantarea să se producă este necesar ca endometrul să fie suficient dezvoltat, vascularizat și receptiv
- aceste condiții nu mai sunt îndeplinite în endometrită, sinechia uterină, metroza de receptivitate (endometru anatomic normal dar fără receptori la hormonii ovarieni)
- trompele sunt sediul procesului fecundației și au rol în transportul gameților și oului
- stenozele externe prin aderențe peritoneale, obstrucțiile interne prin procese inflamatorii cu chiamidia, mycoplasma sau alterarea motilității tubare în endometrioza prin producția de prostaglandine împiedică aceste procese ce au loc în trompe.

Factorii ovarieni:

- lipsa ovulației datorită unor factori ce țin de axul hipotalamo-hipofizo-ovarian (gonadotropi scăzuți) sau locali la nivel ovarian (gonadotropi crescuți);
- de obicei se asociază cu alte sindroame endocrinologice și cu hipotrofie genitală.

Factori psihogeni:

- stressul emoțional pare să fie un element important în obținerea unei sarcini;
- cuplurile intens preocupate de acest aspect, fără o cauză de sterilitate, nu reușesc să obțină o sarcină după ani de încercări.

EVALUAREA CUPLULUI

Examenul partenerului

- se urmărește aspectul impregnării hormonale, expunerea la noxe (radiații Pb, căldura), consum de medicamente
- antecedente personale patologice: criptorhidia, cura herniei, varicocel, parotidita epidemică, boli febrile recente

Examenul pacientei

- se urmărește impregnarea hormonală, caracterele sexuale secundare, modificări în greutate, caracterele ciclului menstrual, prezența galactoreei;
- antecedente personale patologice: avorturi, SEU, pelviperitonite, apendicite alte afecțiuni endocrine.

Expiorări paraciinice

- investigarea stării generale de sănătate a cuplului: RBW, infecția HIV, hepatita B, C;
- investigații de bază specifice pentru sterilitate;
- evaluarea factorului masculin - spermograma;
- evaluarea factorului cervical - testul postcoital Sims-Huhner;
- evaluarea factorilor utero-tubari - histerosalpingografia HSG;
- evaluarea ovulației - curba termică, foliculometrie, dozarea progesteronului, biopsie de endometru, evidențierea peak-ului de LH acestea se pot completa ulterior cu laparoscopie, histeroscopie și alte dozări hormonale.

* **Spermograma**

Condiții pentru recoltare:
- abstinența sexuală 3-5 zile, maxim 7;
- 2 luni de la o boală debilitantă;

Transport în maxim 1-2 ore la temperatura camerei.
Repetare după cel puțin 2 săptămâni în caz de rezultat anormal.

Valori normale:

Examen macroscopic: - volum 2-5 ml;
- aspect gri-opalescent;
- vâscozitate filantă;
- lichefiere 15-30 min.;
- pH 7,2-8.

Examen microscopic: - număr 20-200 mil./ml;
- mobilitate progresivă > 25%;
- leucocite < 1 mil/ml;
- celule rotunde< 5mil/ml;
- aglutinare absentă.

Examen morfologic:- forme normale >30%;
- ațipii cap <40%.

Terminologie:- oligospermie: <20 mil/ml;
- astenospermie:<25% cu mobilitate progresivă;
- oligoastenospermie;
- teratospermie:<30% forme normale.
- azoospermie: - lipsa totală a spermatozoizilor în lichidul seminal;
- poate fi prin lipsa producției sau obliterarea căilor.

* **Testul postcoital Sims-Huhner**

- evidențiază interacțiunea spermatozoizi-nnucus cervical in vivo;
- tehnica - se face în perioada ovulatorie (ziua 12-14 la fenneile cu ciclu de 28 de zile);
- abstinența sexuală de 3 zile;
- după 9-12 ore de la contactul sexual se aspiră mucus cen/ical și se examinează la microscop;

* *Interpretare:*
- peste 10 spermatozoizi/câmp cu mobilitate progresivă = test bun;
- între 5-10 spermatozoizi/câmp = test mediu;
- sub 5 spermatozoizi/câmp = test slab;
- spermatozoizi cu mobilitate staționară indică posibila prezență a anticorpilor antispermatici.

* *Cauzele testului anormal:*
- nesincronizare cu ovulația;
- spermă de slabă calitate;
- pH acid al mucusului;
- administrarea de antiestrogenice ca inductori de ovulație.

* *Tratamentul m* cazul unui test anormal este scurtcircuitarea mucusului prin inseminare intrauterină.

* **Evaluarea factorilor utero-tubari**

Se realizează prin histerosalpingografie HSG, histeroscopie, laparoscopie.

* *HSG* - vizualizează radiologie cavitatea uterină și trompele prin injectarea de substanță de contrast iodată prin canalul cervical
- se efectuează 2 filme, primul indicând aspectul cavității uterine, trompelor, eventuale dilatații sau obstrucții tubare, iar al doilea denumit proba Cotte, evidențiază trecerea substanței de contrast în peritoneu.
- se efectuează între ziua 7-14 a ciclului menstrual
- contraindicații: alergie la iod, suspiciunea de sarcină, infecții genitale, sângerări de cauză uterină
- accidente - reapariția unei infecții latente, ruptura de trompă la presiune peste 180 mmHg
- dezavantaje - false obstrucții tubare prin spasm, și nu evidențiază leziunile peritubare

* *Laparoscopla* - permite aprecierea organelor interne (trompe, uter, ovare) precum și a ovulației și permeabilității tubare
- permite anumite inten/enții terapeutice - liza aderențelor, neosalpingostomie, drilling ovarian, sau recoltarea de biopsii.

* *Histeroscopia* - permite vizualizarea canalului cervical și a cavității uterine și anumite intervenții terapeutice (liza bridelor, sinechiilor sau rezecția de septe)

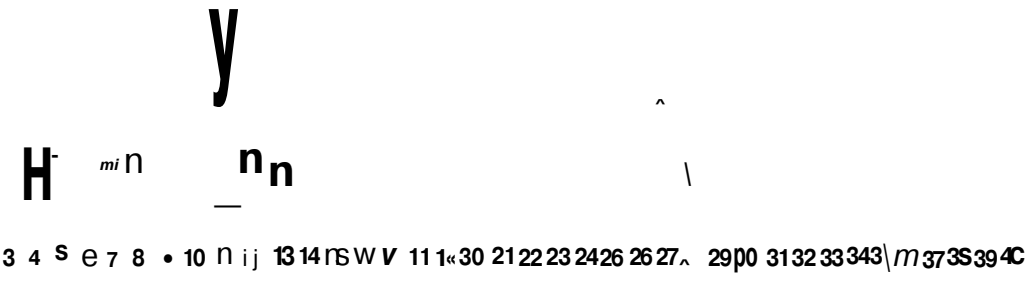
* **Evaluarea ovulației**

Se face în general prin metode indirecte care cuprind:
- curba termică bazală CTB;
- foliculometria;
- dozarea progesteronului seric;
- determinarea serică a LH-ului și peak-ului ovulator;
- biopsia de endometru.

* *Curba termică bazală*

Urmărește detectarea creșterii temperaturii ce apare ca urmare a apariției progesteronului în urma ovulației (efectul termogenic al progesteronului).

Se face dimineața la trezire înainte de orice altă activitate, cu același termometru și în același loc (oral, vaginal, rectal) timp de mai multe luni consecutive (minim 3 luni). Datele se înregistrează într-un grafic iar dacă ovulația se produce are loc o creștere a temperaturii cu 0,3-0,5°C temperatură ce se menține până la menstruația următoare (curba bifazică) dacă activitatea corpului galben e eficientă, (poza CTB).



* *Foliculometria*- este o metodă ecografică ce urmărește creșterea și dezvoltarea foliculului dominant și dispariția acestuia după ovulație. Se face cu sonda vaginală și pentru o mai bună acuratețe se poate asocia și dozarea estradiolului seric.

Foliculul matur are 18-22 mm diametru iar după ovulație apare parțial sau total colabat și lama de lichid în Douglas.

* *Dozarea progesteronului seric* - se face între zilele 20-25 a ciclului menstrual de obicei în ziua 21.

Valorile semnificative pentru ovulație cu corp galben cu funcție bună sunt peste 15 ng/ml.

* *Determinarea serică a LH-ului*- urmărește evidențierea peak-ului preovulator și se realizează prin determinări succesive. Valoarea peak-ului este de trei ori mai mare decât media ultimelor zile de dozări seriate. Ovulația are loc la 38-42 de ore de la peak-ul de LH.

Dozarea urinară se realizează cu ajutorul baghete (dip-stick) și se face din urină de dimineață.

* *Biopsia de endometru*- evidențiază transformarea secretorie a endometrului și se face între ziua 24-28 cu ajutorul sondei Novak sau Pipelle sau cu chiureta. Materialul extras se examinează imediat.

Pentru a se stabili diagnosticul de insuficiență luteală trebuie să avem un aspect discordant al endometrului față de ziua de ciclu menstrual la două examinări succesive.

Tratamentul

1. Factorii vaginali și cervicali - tratament antibiotic conform antibiogramei în cervicite, corticoterapie în cazul existenței anticorpilor antispermatici, sau inseminarea intrauterină.

2. Factorii uterini- beneficiază de tratament pe cale histeroscopică a polipilor, sinechiilor, septurilor urmată de cicluri artificiale 3 luni consecutiv.

3. Factorii tubari- Q6ei\o\\i3 laparoscopică, neosalpingostomie, ablația focarelor de endometrioză sau fertilizare in vitro.

4. Factorii ovarieni- corectarea disfuncțiilor la nivelul axului hipotalamo-hipofizo-ovarian, corectarea unei hiperprolactinemii prin bromocriptină sau cabergolină, tratamentul chirurgical al adenoamelor hipofizare, inductori de ovulație sau drilling ovarian laparoscopic în sindromul ovarelor polichistice.

TEHNICILE DE REPRODUCERE ASISTATA

Sunt reprezentate de: - inducerea ovulației;
- inseminarea intrauterină;
- fertilizarea in vitro;
- tehnici de micromanipulare a gârneților și embrionilor.

1. inducerea ovuiației este o stimulare controlată a ovarelor cu scopul de a obține unul sau doi foliculi maturi. Se face cu inductori de ovulație care sunt: citratul de clomifen, gonadotropine urinare, FSH recombinat sau GnRH.

* Citratul de clomifen este un antiestrogenic nesteroidic ce inhibă competitiv receptorii estrogenici din nucleul arcuat ceea ce induce perceperea unui status hipoestrogenic cu dezinhibarea secreției de GnRH, respectiv FSH, LH. Se administrează 50-150mg/zi din ziua 2-3 timp de 5 zile, se urmărește creșterea foliculului ecografic, iar când acesta are 18-20 mm se administrează 5000UI HCG.

* Gonadotropinele urinare sau HMG sunt obținute din urina femeilor la menopauză și au activitate FSH/LH 1/1. în general sunt fiole de 75UI și se administrează din ziua 2-3 în doze de 1-2 fiole/zi sub control ecografic al creșterii foliculare, urmate de administrarea de 5000UI HCG când foliculul este matur (18-20mm). Produse comerciale HMG: Humegon, Metrodine, Menogon, Pergonal. HCG: Pregnyl, Pregnesin.

* FSH-ul recombinat este FSH pur obținut prin inginerie genetică produsele comerciale fiind Puregon, Gonal-F. Se administrează ca și HMG din ziua 2-3 sub control ecografic urmat de HCG

* GnRH se administrează sub forma de pulsuri subcutanat sau i.v. cu ajutorul unei pompe speciale. Produs comercial - Factrel.

La ora actuală FSH recombinat pare să câștige tot mai mult teren, în timp ce produsele HMG tind să fie scoase din uz. Există la ora actuală și HCG recombinat sub denumirea de Ovidrel și care se administrează în același mod ca celălalt HCG.

După administrarea HCG la 24 ore se indică raport sexual sau inseminare intrauterină la 36 ore.

2. Inseminarea intrauterină

Este o metodă de scurtcircuitare a unui mucus cervical ostil și de concentrare a unui ejaculat oligospermic și se indică în cazurile în care din diferite cauze anatomice raportul sexual nu poate avea loc, oligoastenospermie, deficit calitativ al mucusului cervical sau prezența anticorpilor antispermatici.

Poate fi realizată cu sperma de la soț (inseminare homologă) sau de la donator (inseminare heterologă) atunci când soțul este cu oligospermie severă sau azoospermic.

* *Tetinica:*

- pregătirea pacientei prin foliculometrie în ciclu natural sau inducerea ovulației;
- sperma este pregătită pentru a concentra spermatozoizii mobili și a îndepărta prostaglandinele din lichidul seminal:
- se injectează un mic volum din sperma preparată (aprox. 0,5ml) cu ajutorul unui cateter special prin canalul cervical direct în uter.

Inițial au fost încercate și inseminări intracervicale sau intraperitoneale dar se pare că cea intrauterină are cele mai mari șanse de succes (10-15%).

3. Fertilizarea in vitro- este o metodă indicată în cazul absenței trompelor, sau modificări ireversibile ale funcției tubare în principal dar și în cazurile de sterilitate neexplicată, sterilitate imunologica sau sterilitate masculină tratate convențional fără succes (mai mult de 6-7 inseminări intrauterine fără rezultat)

Principalele etape sunt:

- supresia hipofizară:
- hiperstimulare controlată a ovarelor cu scopul de a obține mai mulți foliculi;
- prelevarea ovocitelor;
- fertilizarea lor în laborator și transferul embrionilor în uterul matern.

* Supresia hipofizară se face cu analogi sau antagoniști de GnRH ce au rolul să suprime peak-ul de LH ce ar putea luteiniza precoce ovocitele.

* Hiperstimularea controlată se face cu HMG sau FSH recombinat în doze mari sub controlul ecografic al creșterii foliculare și dozarea estradiolului seric cu scopul de a stabili momentul optim al administrării HCG.

* Prelevarea ovocitelor se face la ora actuală prin puncție transvaginală ghidată ecografic la 36 ore după administrarea HCG. A mai fost încercată și recoltarea prin laparoscopie dar puncția transvaginală este o metodă mai simplă și mai ieftină. Ovocitele recoltate pot fi în diferite faze de maturare: mature 80%, postmature 10%, imature 10%: cele postmature și imature au șanse mici de a fi fertilizate in vitro.

* Fertilizarea gameților în laborator presupune punerea în contact a ovocitelor cu spematozoizii pregătiți în prealabil. Se verifică la 24 ore dacă s-a produs fertilizarea (prezența celor 2 pronuclei), iar la 48 ore diviziunea embrionilor.

* Embriotransferul se face la 48-72 ore după puncție (stadiu de 4-8 celule) sau la 5 zile în stadiul de blastocist. Se realizează cu ajutorul unui cateter fin, transcervical, de preferat sub control ecografic și se injectează o mică cantitate de mediu la mijlocul cavității uterine. Șansa de a obține sarcina crește cu numărul de embrioni transferați până la 3 embrioni și se situează între 25-30% / încercare. Peste acest număr șansa de a rămâne însărcinată este aproximativ aceeași dar crește mult riscul de sarcini multiple.

Embrionii în exces pot fi însă crioconservați și transferați, în cazul unui eșec, în cicluri ulterioare.

Alte tehnici ale fertilizării in vitro sunt:

- Gamete Intra Fallopian Transfer GIFT ce presupune existența unor trompe sănătoase iar ovocitele obținute ca mai sus sunt transferate împreună cu spermatozoizii în trompă prin laparoscopie;
- Zygote Intra Fallopian Transfer ZIFT presupune transferul în trompă a embrionilor;

4. Tehnicile de micromanipulare - metode ce urmăresc creșterea ratei de fertilizare a ovocitelor in vitro:

a. Intra Cytoplasmic Sperm Injection ICSI:

- reprezintă injectarea spermatozoidului direct în citoplasmă ovocitului cu ajutorul unor micropipete speciale, una pentru fixarea ovocitului și alta pentru injectare;
- este indicată în cazurile cu sterilitate de cauză masculină severă (sub 500.000 spermatozoizi/ml), azoospermie obstructivă, sau cazurile cu deficit de fertilizare la tehnica FIV obișnuită;
- spermatozoizii sunt obținuți din ejaculat, prin microaspirație epididimală - MESA - sau prin biopsie testiculară- TESE;

b. Sub Zonal Sperm Injection SUZI:

- reprezintă injectarea spematozoidului sub zona pelucidă.

c. Zona drilling:

- vizează creerea unor breșe în zona pelucidă ce favorizează penetrarea spermatozoizilor și ulterior ieșirea embrionului din zona pelucidă (eclozarea). Poate fi realizată chimic cu soluția Tyrodes, mecanic cu micropipetele de injectare sau cu ajutorul unui laser.

CONTRACEPTIE SI PLANIFICARE FAMILIALA

Obiective

* Cunoașterea tipurilor de meteode contraceptive utilizate în planificarea familială;
* Cunoașterea indicațiilor, contraindicațiilor, reacțiilor adverse și a monitorizării în caz de administrare a contracepției hormonale sau ale D.I.U.;
* Cunoașterea efectelor și avantajelor noncontraceptive a diferitelor metode de contracepție;
* Cunoașterea implicațiilor sociale și demografice ale contracepției și planing-ului familial.

Rațiunile planificării l^miliale (PF)

La anul 1 după Christos, populația globului este estimată la cel mult 250 de milioane de locuitori. Sporul natural al populației era redus, bolile, animalele sălbatice și fenomenele naturale scăzându-l evident. Multe secole, sporul natural al populației a fost de aproximativ 0,1%. Din această cauză, numai la 1830 populația planetară atinge cifra de 1 miliard; progresele medicinei și condițiile mai bune de trai fac să se atingă 2 miliarde după 100 de ani, al 3 - lea este atins după numai 30 de ani, în 1960, în 1975, după 15 ani populația atinge cifra de 4 miliarde. în 1987 se ajunge la 5 miliarde de locuitori, iar la sfârșitul mileniului, în 1999 se naște al 6 miliardelea cetățean al planetei noastre. Ritmul de creștere al populației globului este de 1,7% pe an deci 90 de milioane; la aproximativ 9 ani se adaugă 1 miliard de locuitori, iar în 1987 se năsteau 250.000 de locuitori în fiecare zi.

Cu mulți ani în urmă, un economist și cleric englez, Thomas Malthus publică în 1798 un eseu asupra principiilor dezvoltării populației și a modului cum aceasta influențează viitorul societății, în care explica faptul că, populația crește în proporție geometricș iar mijloacele de trai, cele necesare vieții cresc în proporție aritmetică și deci vom ajunge la un moment în care se vor declanșa conflicte între grupuri de oameni, etnii și popoare generând războaie, care vor reduce populația globului. Fără a putea fi aplicată ca atare, această idee generează necesitatea găsirii unei căi pentru controlul sporului populației, tema fiind reluată de diverși autori, în diverse țări și epoci. în 1952 se înființează Federația Internațională de Planificare Familială, cu sediul la Londra; tot in 1952 India instituie primul program național de PF. în 1990 se înființează la București Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală - SECS, care este recunoscută de către federația internațională în 1992.

Scopurile PF

Deși scopul principal este reducerea creșterii haotice a populației planetare, PF din România are drept scop reducerea marelui număr de avorturi la cerere și nu reducerea nașterilor, deoarece din păcate sporul natural al populației noastre este negativ, fiind la sfârșitul mileniului în jur de -2 %o.

PF caută să creeze cuplurilor posibilitatea de a avea copii când ei considerau că au condițiile necesare și nu la întâmplare, putînd hotărî și asupra numărului acestora.

De asemenea prin PF se realizează spaţializarea naşterilor, deoarece se consideră că, o femeie îşi revine la parametri biologici de dinaintea naşterii în cel puţin 2-3 ani.

în final, în cazul existenţei unei sarcini nedorite aceasta poate fi terminată prin avort la cerere, cu care ocazie se prezintă femeii în cauză şi modalităţile de evitare în viitor a acestei situaţii. Pentru a realiza toate aceste deziderate PF face apel la contracepţie.

Principiile contracepţie!

Contracepţia reprezintă totalitatea metodelor prin care este împiedicată întâlnirea spermatozoidului cu ovulul, fecundaţia , deci concepţia.

Contracepţia poate fi realizată pe mai multe căi.

Contracepţia hormonală

Prezenţa în circulaţia sanguină a unei cantităţi constante de hormoni steroizi sexuali, estrogeni şi progestative în combinaţie sau numai progestative reduce eliberarea centrală de hormoni gonadotropi scăzând astfel producţia de FSH şi LH. Astfel nu se va mai produce peak-ul mediociclic de FSH şi deci nu se va mai realiza ovulaţia.

Concomitent, endometrul nu va mai avea modificările fiziologice ciclice cunoscute rămânând într-un stadiu precoce de dezvoltare, subţire şi fără glande fiind impropriu nidaţiei.

în plus, existenţa constantă în circulaţie a progestativului va face că la nivelul glerei cervicale să nu se mai producă modificările induse de faza estrogenica a ciclului, glera rămânând densă şi vâscoasă sub efect progesteronic. Astfel glera va impiedica accesul în canalul cervical a microbilor şi a spermatozoizilor.

Contracepţia prin Dispozitivui intrauterin (sau steriiet)

Dispozitivele intrauterine - DIU sunt piese mici de masă plastică neutră chimic care introduse în cavitatea uterină produc în intimitatea mediului intrauterin modificări multiple care îl vor face ostil spermatozoizilor sau unui eventual ou care ar încerca să nideze. Aceste modificări ale mediului intrauterin sunt amplificate de adăugarea la steriiet a unei spirale metalice, de obicei din cupru.

Contracepţia prin metode de barieră

Metodele de barieră, masculine sau feminine realizează o barieră mecanică, chimică sau mixtă care împiedică accesul spermatozoizilor în cavitatea uterină, împiedicând fecundaţia.

Contracepţia prin metode naturaie

Aceste metode caută să realizeze contracepţia dirijând contactele sexuale în perioadele de infertilitate fiziologică ale femeii, nefolosind nici un fel de substanţe chimice sau dispozitive.

Sterilizarea mascuiină și feminină

în momentul în care cuplul consideră că are copii suficienți poate apela voluntar la limitarea capacității de reproducere prin sterilizare, care se poate face atât femeii cât și bărbatului pe cale chirurgicală sau nechirurgicală.

Aprecierea eficienței metodelor contraceptive

Pentru aprecierea eficienței metodelor contraceptive cel mai utilizat este indicele Pearl care reprezintă practic rata de eșec a acestora prin numărul de sarcini survenite în timpul folosirii unei metode contraceptive de către 100 de femei timp de 12 luni.

Astfel se consideră indicele Pearl pentru:

- contracepția hormonală - 0,5 - 1;
- contracepția prin sterilet - 0,5 - 2;
- metode de barieră - 3 - 20;
- metode naturale - 1 - 20;
- sterilizarea - 0,5.

A. Contracepția hormonală

Contracepția hormonală se poate realiza pe două căi:

a. Contracepția orală;
b. Contracepția hormonală injectabilă, de lungă durată.

a. Contracepția oraiă iiormonaiă

Aceasta se poate realiza folosind în preparatul contraceptiv asocierea în tablete între estrogeni și progestative - Contracepție Orală Combinată - COC sau folosind tablete care conțin numai progestative - Progestin Oniy Pills - POP.

Contracepția Orală Combinată.

Folosește asocierea între un estrogen, de regulă etinil-estradiolul și un progestativ. Deoarece progesteronul natural nu are efecte terapeutice administrat pe cale orală s-au sintetizat o grupă de preparate plecând de la testosteron - 19 nor-progesteronicele dintre care cel mai folosit este Levonorgestrelui sau de la 17 alfa - hidroxi progesteron dintre care cel mai cunoscut este Medroxiprogesteronul și care sunt cunoscute sub numele generic de progestative.

în ce privește preparatele pentru COC, tendința producătorilor de medicamente este de a folosi micro-dozarea, adică doza minimă eficace de hormon. Aici se înscrie binecunoscutul preparat al casei Schering, Microgynon care conține 35 de micrograme de etinil-estradiol și 150 de micrograme de levonorgestrel.

Cu trecerea timpului au fost sintetizate progestative noi - este vorba de cyproteron-acetat folosit în preparatul Diane și Diane 35 care conțin 50 de micrograme de etinil- estradiol -i- 2 mg de cyproteronn respectiv 35 micrograme de etinil - estradiol și 2 mg cyproteron.

în anul 1999 au fost lansate pe piață două noi preparate micro-dozate care cuprind în compoziție numai 20 de micro-grame de etinil - estradiol. Este vorba despre preparatul Logest al casei Schering care are ca progestativ Gestodenul și despre preparatul Mercilon al casei Organon care are drept progestativ Desogestrelul.

COC pot fi împărțite după cantitatea de hormon pe tabletă în:

- mono dozate, care au aceeași cantitate de hormoni în fiecare tabletă. Acesta este cel mai frecvent folosit tip de COC.
- secvențiale, care imită profilul hormonal al ciclului menstrual având în primele tablete mai mult estrogen și în celelalte mai mult progestativ/ dar care dau sângerări intermenstruale motiv pentru care sunt puțin folosite.
- fazice, care au la început mai mult estrogen decât progestativ, apoi progestativul crește cantitativ, iar în faza a 3-a scade mult concentrația de estrogen, crescând progestativul. Acest tip de COC se mai numesc și trifazice.

* *Modul de prezentare* - tabletele sunt prezentate pe plachete cu 21 sau 28 de tablete. Plachetele cu 28 tablete conțin ultimele 7 tablete, inactive, fără hormoni, conținând de obicei placebo, fumarat fieros și glucoza sau fructoza, rolul lor fiind de a întări reflexul de a lua tableta în fiecare zi.

* *POP* - aceste tablete care conțin numai progestativ sunt tabletate în alte cantități decât 21 sau 28, de obicei 35, deoarece ele se iau fără întrerupere, fără pauza de 7 zile.

* *Indicațiile contraceptivelor orale*

Contraceptivele orale combinate (COC) sunt o opțiune atractivă prin faptul că nu interferează cu actul sexual și pot fi folosite fără supraveghere medicală. în principiu, ele sunt indicate:

- femeilor tinere active sexual;
- cuplurilor care doresc evitarea sarcinii nedorite;
- în cazul în care este necesară o contracepție de scurtă durată;
- lăuzelor care nu alăptează;
- imediat după avort;
- în caz de acnee, în dismenoree accentuată;
- în chist ovarian;
- în caz de antecedente familiare de cancer ovarian.

* *Indicații mai particulare suuX* necesare la preparatele POP, care sunt indicate:

- femeilor care alăptează deoarece nu au efect negativ asupra lactației;
- femeilor începând din decada a 4-a de vârstă;
- femeilor care nu pot folosi estrogeni din diverse motive medicale.

* *Contraindicațiile COC*

1. Contraindicații absolute:

- boli cardio și cerebrovasculare și migrene severe;
- stări cu risc crescut de tromboză;
- cardiopatii vaivulare;
- suferințe ale ficatului sau hepatita acută în trecutul apropiat;
- cancere ale sferei genitale;
- sângerări genitale de etiologie neprecizată;
- sarcină sau suspiciune de sarcină;
- hipertensiunea arterială cu valori mai mari de 140/90 mmHg la 8 consultații succesive.

2. Contraindicații relative:

facori de risc cardiovasculari: marile fumătoare (> 15 tigari/zi), hipertensiune sub tratament, vârsta înaintată și fumătoare, obezitate, diabet, antecedente familiale cu accidente vasculare cerebrale sau infarct la vârste tinere;
hiperprolactinemie;
oligomenoree;
cu 4 săptămâni înainte de o intervenție chirurgicală și la mai puțin de 2 săptămâni după o intervenție chirurgicală, mai ales dacă este urmată de o imobilizare;
la femei cu activitate sexuală redusă;
folosirea medicamentelor care pot interfera cu contraceptivul oral.

* *Efecte secundare*

Folosirea CO este îngreunată de exagerarea practicată în mod curent de celelalte specialități medicale. Frica de efectele secundare ale contraceptivelor este cauzată de rezultatele unor statistici ample și retrospective efectuate pe loturi de paciente care foloseau contraceptivele din primele generații care conțineau cantități mari de hormoni. în principiu, folosirea COC afectează metabolismul glucidic, producând în mod obișnuit un hiperinsulinism care se datorește în mod obișnuit faptului că hormonii steroizi sexuali ocupă mare parte dintre receptorii de insulina periferici, situație tranzitorie care nu duce în mod obișnuit la apariția unui diabet.

De asemenea, preparatele microdozate din ultimele generații au efecte minime asupra pacientelor diabetice și pot fi folosite fără pericol, sub supraveghere medicală.

1. Efecte secundare certe au asupra metabolismului lipidic în care sub efectul componentei progesteronice din COC are loc o reducere la nivelul lipidelor dense, reducând astfel protecția antiaterogenă. Acest efect secundar este compensat prin reducerea dozei de hormoni în preparatele microdozate.

De asemenea, folosirea COC produce o stare asemănătoare cu cea din sarcină, favorizând creșterea coagulării, efect cu risc tromboembolic la marile fumătoare, la sedentare supraponderale și obeze, hipertensive, diabetice peste 50 de ani, ia femei cu nivelul colesterolului și al lipidelor crescut.

Folosirea COC este făcută responsabilă de creșterea de șase ori a incidenței trombozelor cerebrale, de o ușoară creștere a tensiunii arteriale, dar numai 2,5% prezintă hipertensiune clinic. Mult controversat este efectul carcinogenetic frecvent afirmat dar nedovedit cert de nici un studiu statistic.

în principiu, folosirea contraceptivelor orale oferă protecție împotriva cancerului de endometru, a celui ovarian care este cu atât mai evidentă cu cât contraceptivele sunt folosite de la vârste tinere și în perioade cât mai îndelungate. Acest efect protectiv rămâne evident încă mulți ani după întreruperea tratamentului.

Mult discutat este efectul teratogenetic care însă, după studii ample s-a dovedit a fi același ca și la femeile care nu folosesc contraceptive - 7 la 100.000 de sarcini.

2. Efecte necontraceptive. Practica arată că folosirea CO are mai multe efecte benefice pentru starea de sănătate a pacientelor, ceea ce face ca ele să fie folosite și în tratamentul unor afecțiuni. Folosirea COC reduce durerile premenstruale și durerile de ovulație, reduc cu 40% pierderea de sânge menstrual, scade incidența chistelorovariene, reduce simptomele premenstruale, reduce frecvența bolii inflamatorii pelviene și a sarcinii extrauterine.

** Modul de folosire a COC*

în principiu, administrarea tabletelor contraceptive începe cu prima zi a ciclului menstrual, la menstruaţie. Tabletele se administrează zilnic, iar după epuizarea celor 21 de tablete se face o pauză de 7 zile în care în mod obişnuit la 4 zile după întreruperea tratamentului se declanşează sângerarea menstruală. în ziua a 7-a se începe administrarea plachetei următoare de contraceptiv, începând cu tableta nr.I. în situaţii speciale, în care femeia nu-şi poate asigura condiţiile optime solicitate de apariţia menstruaţiei, declanşarea acesteia poate fi manevrată prin administrarea fără întrerupere a tabletelor contraceptive. Menstruaţia va putea fi declanşată prin întreruperea tratamentului contraceptiv, fără complicaţii şi efecte secundare deosebite.

Mai există o modalitate de administrare mult folosită de femeile tinere a căror activitate sexuală se concentrează din anumite motive în perioadele de week-end. în această situaţie, începerea tratamentului contraceptiv se va face într-o zi de vineri, peste 21 de zile când trebuie făcută pauza în administrarea tabletelor, va fi tot vineri, iar fluxul menstrual se declanşează la 4 zile după întreruperea tratamentului, reuşim astfel să evităm coincidenţa între menstruaţii şi week-end.

La preparatele care au 28 de tablete pe plachetă, trecerea la placheta următoare se face fără pauza de 7 zile, ultimele 7 tablete neavând în compoziţia lor hormoni. în cazul folosirii tabletelor POP tratamentul se începe tot în prima zi de menstruaţie, cu precizarea că aceste tablete se iau fără întrerupere şi trebuiesc luate la oră fixă, întârzierea cu peste 2 ore în administrarea tabletelor făcând ca glera cervicală să se lichefieze, iar efectul contraceptiv să dispară. De aceea, este bine ca tabletele să fie administrate la ora micului dejun asigurând o bună protecţie contraceptivă în a doua jumătate a zilei.

** Incidente în folosirea COC*

Aceste situaţii apar de obicei când pacienta uită să ia la timp tabletele. Astfel: dacă este omisă o tabletă, aceasta va fi administrată în momentul când pacienta realizează omisiunea, tableta zilei respective fiind luată la ora obişnuită.

Dacă sunt omise două tablete, acestea se administrează în ziua a treia, iar la ora obişnuită se vor mai administra două tablete. Dacă sunt omise trei tablete sau mai multe, atunci se încetează administrarea contraceptivului, aşteptându-se declanşarea menstruaţiei, folosirea contraceptivului fiind reluată din prima zi de menstruaţie.

b. Contracepţia hormonală injectabilă, de lungă durată

Acest tip de contracepţie, se efectuează practic prin: preparate injectabile lunar sau trimestrial, implante subdermice, inele vaginale cu hormoni şi sterilete cu progestative. în principiu, substanţele active folosite sunt numai progestative.

Preparate injectabile

Aceste preparate au la bază medroxi progesteronul acetat depozit (MPAD) sau nor-ethisteronul - enanthat (NET-EN). Ambele grupe de preparate se administrează în ziua a 5-a de ciclu, în doză de 150 mg. pentru MPAD şi 200 mg. pentru NET-EN.

* *Indicaţii:* aceste preparate sunt recomandate de obicei în situaţii în care pacientele nu suportă COC sau prezintă un factor de risc. Astfel, ele sunt folosite la femeile peste 35 de ani, la cele care alăptează sau în situaţii când progestativul are un efect benefic cum ar fi în situaţia sindromului algic premenstrual la fete tinere şi în premenopauză.

* *Contraindicaţii:*

- *absolute:* sarcină sau suspiciune de sarcină, sângerări uterine de cauză nediagnosticată, cancere de sân, sau cancere genitale, boli acute sau cronice ale ficatului, tromboze arteriale.
- *relative* sunt reprezentate de perioada imediat după naştere, fiind necesar un interval liber de 4-6 săptămâni, diabet, hiperlipidemii sau dislipidemie, hipertensiune arterială preexistentă, obezitate marcată.

Preparatele injectabile lunar sunt foarte populare deoarece nu duc la dispariţia menstruaţiei. Combinaţiile folosite sunt multiple, de exemplu: MPAD 25 mg, Estradiol cypionat 5 mg (Cyclofem) sau NET-EN 50 mg şi estradiol valerat 5 mg. (HRP102 sau Mesigyna). Aceste preparate se administrează în ziua a 5-a a ciclului menstrual.

Preparatele injectabile trimestrial. După substanţa activă folosită ele pot fi pe bază de MPAD sau NET-EN.

Preparate cu MPAD: a făcut carieră produsul Depo-Provera care conţine 150 de mg de substanţă activă care sunt injectate o dată la 12 săptămâni (90 de zile).

Preparate cu NET-EN: cel mai cunoscut este Noristerat, care conţine 200 mg de substanţă activă şi care, după ce este administrat primele 2 doze la 8 săptămâni, se administrează la 12 săptămâni.

Cele mai frecvente efecte secundare ale preparatelor injectabile sunt în primul rând cele progesteronice - creştere în greutate, pigmentarea feţei, galactoree, cefalee, depresii, ameţeli. De regulă folosirea preparatelor cu injectare trimestrială produce disparitţa menstruaţiei, după 2-3 doze, fenomen care face ca multe paciente să renunţe la acest tip de contracepţie.

Implantele subdermice

Sunt în principiu mici rezervoare confecţionate din silastic, o masă plastică poroasă, în număr de 6 la preparatul Norplant, sau unic la preparatul Implanon. Marele avantaj al acestor preparate este faptul că eliberează o cantitate constantă de hormoni, asigurând o contracepţie de lungă durată, de 5 ani, respectiv 3 ani. Substanţa activă este reprezentată de Levonorgestrel în preparatul Norplant şi de Ceto-desogestrel în preparatul Implanon. Ele se introduc subcutanat de obicei pe faţa internă a braţului, deasupra articulaţiei cotului, folosind un trocar special. Efectele secundare sunt aceleaşi ca la preparatele injectabile.

Inele vaginale cu hormoni

Sunt de fapt, nişte inele cofecţionate de obicei din silastic cu diametrul de 6 cm, care conţin în interior substanţă activă care poate fi: Levonorgestrel, progesteron

natural sau estroprogestative. Inelele cu progestative se păstrează în vagin timp de trei luni, putând fi păstrate după ce pacienta se obișnuiește cu ele, chiar și în timpul contactului sexual. Inelele cu estroprogestative se scot din vagin la trei săptămâni pentru o săptămână, pentru a permite apariția menstruației.

B. Contracepția prin Dispozitivul Intrauterin (sau Steriletul)

Această metodă contraceptivă este cea mai populară în România și în special în Transilvania.

Pe plan mondial dispozitivul intrauterin (DIU) a făcut carieră după 1950, iar după 1960, a devenit o prezență constantă în practica Planificării familiale.

* *Modul de acțiune:* acesta este complex, și încă nu pe deplin lămurit. în principiu, au loc modificări morfologice ale endometrului, datorite unei reacții de corp străin manifestată prin modificări asemănătoare în reacția inflamatorie-edem, infiltrație leucocitară cu multe mononucleare și macrofage, modificări biochimice care duc la schimbarea caracteristicilor fluidului intrauterin mai evidentă la steriletele care conțin și metal sau hormoni. Astfel, se modifică activitatea enzimelor din endometru, metabolismul glicogenului și răspunsul endometrului la estrogeni. Mai au loc modificări induse de prostaglandine și de substanțele similare lor, având efect luteolitic și afectând metabolismul spermatozoizilor sau al unui eventual ou.

Evoluția modelelor de sterilete cunoaște două perioade distincte:

- steriletele nemedicate, inerte confecționate din polietilena neutră, având formă de spirală sau inel;
- steriletele active, medicate, la care pe lângă polietilenă se mai folosește un metal, de regulă cupru. Forma lor este sub formă de T sau alte forme derivate diferite de la un model la altul. Denumirea prescurtată a modelelor de sterilet conține practic toate informațiile legate de acesta•.TCu-220, înseamnă un sterilet în formă de T care are ca metal activ cuprul, cu o suprafață de 220 mm^.

Steriletul poate fi aplicat la interval deci imediat după menstruație sau în cursul acesteia, după avort sau după naștere. în principiu, steriletul este metoda contraceptivă aplicată la femeile care au o naștere și mai puțin la nulipare.

* *Contraindicații:* Sarcină sau suspiciunea de sarcină, sângerări genitale de cauze neprecizate, neoplasm de corp uterin, boala inflamatorie pelviană, infecții genitale, boli cardiace valvulare, uter cu malformații.

* *Complicațiiie folosirii steriietuiui:* perforarea uterului la introducerea lui. reactivarea bolii inflamatorii pelviene, sarcina extrauterină, sarcina endouterină.

* *Tehnica introducerii steriietuiui:* Depinde de tipul de sterilet. La un sterilet standard de tipul T, se folosește un tub aplicator, în care se introduce brațul vertical al T-ului, iar dacă brațele orizontale nu sunt elastice se introduc și acestea în tubul aplicator. Dispozitivul mai are o parte care joacă rolul unui piston de seringă cu care steriletul va fi expulzat din tubul aplicator. Pentru aplicare, se vizualizează colul cu valvele, se prinde buza anterioară cu pensa de col, și se efectuează histerometria. Pe tubul aplicator există un cursor care va fi fixat la lungimea indicată de histerometru pentru a limita accesul tubului în cavitatea uterină. Tubul aplicator, care conține steriletul, va fi introdus cu blândețe până atingem fundul cavității uterine. Cu tija

împingătoare, ţinută în loc, tubul aplicator va fi retras, eliberând steriletul în cavitate. Se retrage tija împingătoare din tub, apoi se extrage cu grijă tubul aplicatorului rămânând pe loc firul de reper al steriletului, care va fi scurtat la 2 cm de col. Pacienta revine la control după prima menstruaţie, ocazie cu care dacă firul de reper deranjează contactul sexual, va fi scurtat după necesităţi.

C. Contracepţia prin metode de barieră

Metodele de barieră, pot fi împărţite din punct de vedere didactic, în metode fizice, chimice, sau mixte, putând fi masculine şi feminine.

* *Metode de barieră masculine*

Prezervativul. Ca metodă contraceptivă, prezervativul a fost folosit prima dată în Roma Antică, fiind confecţionat din vezica urinară de ţap. El avea forma unui manşon cilindric legat la unul din capete. Cariera mondială a prezervativelor începe după inventarea tehnicii de vulcanizare a cauciucului la 1840. La ora actuală, pentru economisirea cauciucului ca materie primă s-au inventat prezervativele non-latex confecţionate din elastomeri sintetici, de regulă poliuretan.

Ca formă, prezervativul este un manşon cilindric închis la un capăt unde poate avea un mic rezervor pentru colectarea ejaculatului. La capătul rămas deschis, are forma unui manşon mai elastic care joacă rol de fixare. Pentru aplicare, se scoate prezervativul din ambalaj după verificarea prealabilă a termenului de valabilitate, şi se aşează nederulat pe gland, după care se derulează de-a lungul penisului până la bază. Ulterior, el se retrage 0,5 cm dacă nu are rezervor pentru ejaculat. După consumarea actului sexual, prezervativul se retrage de la bază spre vârf, colectând tot ejaculatul. Precizăm că dacă contactele sexuale se repetă, este necesară folosirea de fiecare dată a unui prezervativ nou.

Avantajele folosirii prezervativului -înainte de toate el constituie cea mai eficientă metodă de protecţie împotriva bolilor cu transmisie sexuală. Nu necesită reţetă pentru procurare, este ieftin, uşor de folosit, şi măreşte durata erecţiei.

Dezavantajele sunt - interferează cu mersul spontan al actului sexual, întrerupându-l pentru momentul aplicării lui. De asemenea, reduce sensibilitatea glandului la bărbat, reducând plăcerea sexuală, iar dacă este confecţionat din cauciuc, poate crea alergie sau jenă prin fricţiune.

Ca metodă contraceptivă, prezervativul este mult folosit în lume, înainte de toate pentru protecţia împotriva bolilor venerice. Cea mai mare utilizatoare a prezervativelor în lume este Japonia, unde peste 60% dintre cupluri îl folosesc.

* *Metode de barieră feminine*

1. Metode de barieră mecanice

a. Diafragmui vaginai. Acesta este o emisferă confecţionată dintr-un material elastic similar cu cel folosit la prezervative, care este întins pe un inel elastic. Dimensiunile diafragmelor vaginale, variază de la 50 mm diametru, până la 105 mm, măsurile cele mai comune sunt între 65-80 mm. Diafragmui vaginai este o barieră mecanică, obturând vaginul fixându-se cu marginea anterioară în spatele simfizei pubiene, iar cu marginea posterioară în fundul de sac vaginai posterior. Pentru sporirea

eficienței sale, este bine să se folosească o pomadă sau un gel spermicid, care se aplică pe ambele fețe ale sale înainte de aplicare.

Indicații: Când femeia dorește o metodă de contracepție de barieră, când femeia nu poate sau nu vrea să folosească contracepția hormonală, sau ca metodă alternativă pentru protecție contraceptivă de scurtă durată.

Contraindicații: în cazul prolapsului genital care modifică anatomia locală sau în prezența unui cistocel sau rectocel. în caz de uter în retroversie, când fundul de sac vaginal posterior este redus, în caz de infecții urinare repetate, sau când femeia nu dorește să efectueze manopere cu degete în vagin.

Avantajeie folosirii diafragmuiui vaginai: poate fi introdus înaintea actului sexual, deci nu îl întrerupe, are puține efecte secundare, reduce riscul de afectare malignă a colului, nu interferează cu lactația.

Dezavantaje și efecte secundare: necesită fixarea de către un personal calificat la primele aplicări, folosirea spermicidului poate crea senzația de murdărie, nu protejează împotriva SIDA, reduce sensibilitatea colului și poate produce infecții urinare prin comprimarea uretrei.

Tehnică de folosire: Se comprimă diafragmul între degete, până ia forma unei scoici și apoi se introduce cu capătul anterior în vagin până în fundul de sac vaginal posterior, apoi se împinge cu degetul marginea anterioară cât mai sus retrosinfizar. Pentru scoatere, se va retrage întâi marginea anterioară. După folosire, diafragmul se spală cu apă călduță și un săpun neutru, fiind ulterior uscat la temperatura camerei. Pentru conservare, nu se folosește talcul deoarece alterează elasticitatea cauciucului. Din acest motiv, diafragmul poate fi pudrat cu amidon și va fi păstrat în cutia lui originală.

b. Cupolele sau diafragmele cervicale. Diafragmele cervicale sunt o variantă de dimensiuni mai reduse a diafragmuiui cervical care se aplică pe col. în principiu există trei dimensiuni, mărimile fiind crescătoare din 5 în 5 mm. Ele acționează ca bariere mecanice și nu permit accesul spermatozoizilor în cavitate, eficiența lor contraceptivă putând fi sporită prin folosirea unui spermicid. în momentul introducerii și fixării sale pe suprafața colului diafragmul reluându-și forma se va aspira fixându-se pe col.

Indicații: Diafragmele pot fi folosite ca metodă de barieră alternativă la diafragmul vaginal, de către femeile cu musculatura planșeului pelvian slăbită, care prezintă prolaps sau cistorectocel.

Contraindicațir. Colul conic sau cu leziuni, colul cicatricial deformat, colul sus situat care nu poate fi atins cu degetele.

Tehnica de folosire: înainte de introducere, se aplică un spermicid pe ambele fețe ale cupolei cervicale, apoi acesta este introdus în vagin între index și police până la col, unde este aplicat iar în momentul eliberării dintre degete se va crea o aspirație care îl fixează de col. Pentru extragere, diafragmul va fi desprins de col și va fi extras cu indexul.

c. Prezervativul feminin. Este o invenție a anilor noștri și a apărut pe piață în 1992 fiind comercializat sub diverse nume- Femidom în Anglia, Reality în SUA, Femy în Spania. Modelul american Reality este confecționat dintr-o folie de poliuretan de 0,05 mm grosime, are 7,8 cm în diametru și 17 cm în lungime. El este practic similarul prezervativului masculin și este o metodă de contracepție folosită de către femeile care doresc să aibă control asupra contracepției.

Ca și tehnică de folosire, inelul superior se introduce în vagin la fel ca diafragmul vaginal cât mai sus, iar inelul extern se păstrează lipit de vulvă.

După consumarea actului sexual prezervativul se retrage din vagin. Cu toată reclama comercială, acest dispozitiv contraceptiv nu a avut succesul scontat.

2. Metode de barieră chimice (Substanțele spermicide^

Ca definiție, spermicidele sunt substanțe de obicei tensioactive care imobilizează și distrug spermatozoizii. Cele mai folosite sunt cele care au ca substanțe active nonoxynolul, menfegolul și clorura de benzalkoniu.

După tipul de substanță folosit ca și vehicol spermicidele pot fi:

- creme - care au substanță activă liposolubilă.
- geluri - cu substanță activă hidrosolubilă.
- supozitori vaginale - conțin spermicidul înglobat în glicerina, gelatină sau ceară.
- tablete spumante, aerosoli (spume în spray) filme solubile.

* *Modul de acțiune*

în principiu, aplicate în vagin înaintea actului sexual spermicidele vor lubrefia vaginul, iar după ejaculare substanța vehicol va imobiliza sprmatozoizii, iar substanța activă va altera membrana capului spermatozoidului, distrugându-l.

în principiu, dată fiind rata de eșec ca și contraceptiv (20 și peste) spermicidele nu sunt indicate a fi folosite singure ci asociate metodelor de barieră mecanice cărora le măresc eficiența.

* *Modul de utilizare*

Pentru folosire, spermicidul va fi aplicat în vagin înaintea contactului sexual ținând cont că are nevoie de un interval de 10-15 minute pentru a se topi și omogeniza, ceea ce face să interfereze cu actul sexual. Pentru o eficiență mai mare este bine ca spermicidele să fie folosite cu metodele de barieră mecanice crescându-le eficiența contraceptivă.

3. Metode de barieră mixte, (buretele contraceptiv)

Am denumit acest mijloc de contracepție, de barieră mixtă el fiind practic un dispozitiv ocluziv (mecanic) care este îmbibat cu un spermicid (bariera chimică).

Buretele contraceptiv (modelul Today, SUA) are forma unei pălării de ciupercă confecționată din poliuretan, cu diametrul de 6 cm care conține 1 g de nonoxynol 9.

Este conceput pentru o singură utilizare; pentru folosire, se scoate din ambalaj, se umezește cu o lingură de apă și apoi se introduce în vagin, cu concavitatea spre col. Are avantajul ca poate fi introdus din vreme, fără a interfera cu mersul spontan al actului sexual, poate fi păstrat pe loc 24 de ore, indiferent de numărul contactelor sexuale. Pentru extragere, (aceasta se face la cel puțin 6 ore după ultimul contact

sexual) buretele contraceptiv are o bentiță textilă prinsă de margine; o dată extras, buretele nu se refolosește.

* *Eficiența contraceptivă* în indici Pearl este între 9 și 27.

D. Metode naturale de contracepție.

Aceste metode contraceptive au caracteristic faptul că nu folosesc nici un fel de substanțe sau dispozitive; majoritatea acestor metode asigură efectul contraceptiv prin dirijarea contactelor sexuale spre perioadele de infertilitate fiziologice ale femeii.

Aceste metode sunt:

1. Coltul Întrerupt;
2. Metoda calendarului (Ogino - Knauss);
3. Metoda temperaturii bazale;
4. Metoda glerei cervicale (Billings);
5. Metoda slmpto - termală;
6. Palparea colului uterin;
7. Controlul fertilității prin alăptare.

1. Coltul întrerupt

Metoda aceasta, una dintre cele mai vechi folosite, este amintită chiar și în Vechiul Testament și este una dintre puținele metode contraceptive acceptate de către biserică.

în principiu, metoda constă din finalizarea contactului sexual prin ejaculare în afara căilor genitale feminine; pentru a fi eficientă necesită un bun antrenament al bărbatului în a sesiza iminența ejaculării. Este foarte populară în țara noastră, în special în Transilvania. Metoda este folosită curent și în Asia, Africa și America de Sud.

* *Eficiența contraceptivă* depinde de abilitatea cuplului în a folosi metoda, rata de eșec fiind relativ ridicată, între 10 și 20%.

2. Metoda calendarului

A fost inventată de către Ogino și Knauss la 1930. Pentru început, se vor monitoriza ciclurile menstruale timp de 6-12 luni, înregistrând ciclul cel mai scurt și ciclul cel mai lung; pentru a afla phma zi de ciclu probabil fertilă vom scădea din numărul de zile al ciclului cel mai scurt cifra 20, iar pentru a afla ultima zi fertilă, scădem din ciclul cel mai lung cifra 10. Astfel dacă ciclul cel mai scurt este de 24 de zile, iar cel mai lung de 28 de zile, abstinența este recomandată între zilele 4 și 18.

Metoda corespunde femeilor care au ciclurile regulate, dar perioada de abstinență este mare.

* *Eficiența contraceptivă* este relativă cu o rată de eșec de 9-28%.

3. Metoda temperaturii bazale

La momentul ovulației, în locul foliculului ovarian se va dezvolta corpul galben secretor de progesteron.Progesteronul are un efect hipertermizant la nivelul hipofizei, ceea ce face ca temperatura bazală a femeii să crească, fenomen care poate fi ilustrat pe înregistrarea acesteia prin trecerea temperaturii în ziua 14-a de ciclu peste 37 de grade, fiind numit *defazaj termic.*

în scop contraceptiv, contactele sexuale sunt permise după a 3-a zi de la momentul defazajului termic, însă înregistrarea TB nu poate da informaţii despre fertilitate în restul ciclului. Această metodă de contracepţie poate fi folosită de femeile care au cicluri regulate şi o viaţă sexuală care ie permite abstinenţa până în ziua a 3-a după defazajul termic.

* *Eficienţa contraceptivă Q* metodei este între 6 si 10% indice Pearl.

4. Metoda glerei cervicale (Billings)

Această metodă de contracepţie se bazează pe conştientizarea de către femeie a modificărilor fiziologice la nivelul glerei cervicale. Pentru aceasta, în fiecare zi, pacienta va testa calitatea glerei cervicale, respectiv filanţa acesteia între degete sau între două foi de hârtie igienică; imediat după menstruaţie glera va fi puţină şi vâscoasă, iar apoi, progresiv ea devine apoasă şi filantă pentru ca, după momentul ovulaţiei să devină densă şi puţină. Perioadele fără secreţii se definesc ca şi *ziie uscate,* fiind considerate infertile, iar cele cu secreţii abundente, *zile umede* sunt considerate fertile cu cât glera este mai multă şi mai filantă. Contactele sexuale vor fi dirijate spre zilele uscate, creşterea secreţiilor impunând abstinenţa.

Succesul metodei este limitat de faptul că multe femei au oroare de manevrarea zilnică a glerei cervicale şi apoi şi rata de eşec de până la 20% este relativ mare.

5. Metoda simpto-termală

Este practic obţinută prin asocierea metodei temperaturii bazale cu metoda glerei cervicale, reducând perioada de abstinenţă până la apariţia secreţiilor vaginale abundente şi permiţând contactele sexuale din a treia zi după momentul defazajului termic.

6. Palpărea colului uterin

Această metodă se bazează pe constatarea că imediat după menstruaţie, în perioada infertilă colul poate fi atins fără dificultate cu degetul în vagin şi are consistenţă cartilaginoasă asemănătoare cu a nasului. Cu cât ne apropiem de perioada fertilă, colul se ramoleşte şi ascensionează în vagin pentru ca apoi, după ovulaţie să devină în scurt timp din nou ferm şi uşor accesibil.

7. Controlul fertilităţii prin alăptare

Se poate realiza datorită faptului că, în perioada în care mama alăptează, stimularea mecanică a mamelonului de către nou-născut menţine un nivel înalt al secreţiei de prolactina, care inhibă ovulaţia. Studii statistice ample arată că această protecţie este redusă de reducerea ritmului alăptării ca urmare a diversificării alimentaţiei şi că efectul contraceptiv scade drastic după luna a 4-a de alăptare.

E. Sterilizarea feminină şl masculină

în momentul în care partenerii dintr-un cuplu consideră că au copii suficienţi şi că nu mai doresc alţii pot să solicite limitarea capacităţii lor de reproducere prin sterilizare.

* *Selecția pacienților* are o seamă de reguli care trebuiesc respectate. Astfel cuplul trebuie să fie stabil, să aibă cel puțin doi copii și dacă se poate de sexe diferite, cel mai mic copil să aibă cel puțin 2 ani, femeia să aibă peste 30 de ani, ambii soți să fie de acord cu sterilizarea, sub semnătură. De asemenea, cuplul trebuie să cunoască toate metodele alternative de contracepție și să fi avut suficient timp de gândire înainte de a lua decizia.

Partenerii trebuie să fie conștienți că această metodă de contracepție este definitivă, iar posibilitatea de reversibilitate este limitată. Sterilizarea se poate face atât femeii cât și bărbatului, pe cale chirurgicală sau nechirurgicală.

a. Sterilizarea feminină

I.Sterilizarea chirurgicală

Poate fi realizată:

- în timpul intervențiilor chirurgicale pe micul bazin, de tradiție la a doua secțiune cezariană pentru a nu risca o ruptură uterină la o eventuală a treia sarcină;
- prin minilaparatomie, printr-o incizie de 2-3 cm;
- pe cale celioscopică.

* *Sterilizarea prin minilaparatomie*

Minilaparatomia se poate efectua la interval, deci imediat post menstrual, după efectuarea unui avort sau în a doua zi după naștere.

în primele două situații vom efectua incizia suprapubian, iar post-partum incizia se va efectua sub ombilical. în cazul inciziei suprapubiene vom folosi un elevator cu care vom manevra uterul pentru a avea acces la trompe, rotind uterul pentru a aduce în plagă succesiv cele două coarne. După evidențierea trompei, aceasta se va lega la unirea treimii externe cu cea mijlocie (tehnica Pomeroy) pentru a nu intercepta artera utero-ovariană, ligatura ei putând produce distrofie ovariană care pare a fi cauza temutei îngrășări a pacientelor după intervenție.

în cazul sterilizării post partum vom efectua incizia subombilical, paralel cu cicatricea ombilicală pentru a avea acces la fundul uterului. Vom deplasa peretele ombilical care este relaxat, cu ajutorul valvelor introduse prin plaga de incizie, până la nivelul cornului uterin drept și apoi stâng evidențiind trompa și ligaturând-o după metoda Pomeroy.

Intervenția se poate face cu anestezie locală, strat cu strat, sub protecție de mialgin și atropină sau în rahianestezie care dă un confort operator maxim.

* *Sterilizarea pe cale celioscopică*

Folosind accesul celioscopic pentru vizualizarea trompelor, sterilizarea se poate face prin mai multe mijloace:

1. Ligatura Pomeroy cu ajutorul ansei de catgut (loop).
2. Diatermocoagulare cu cauterul electric urmată de secționarea trompei.
3. Aplicarea de clipuri sau agrafe.
4. Aplicarea de inele elastice (Yoon).

II. Sterilizarea nechirurgicală

Se face transcervical folosind mijloace fizice sau chimice.

Mijloacele fizice folosite sunt: diatermocoagularea electrică a orificiilor intrauterine ale trompelor cu electrozi curbi, metoda oarbă sau la vedere folosind histeroscopul. S-a mai experimentat crio-coagularea orificiilor tubare endouterine sau coagularea lor cu lichide fierbinți aplicate local; au fost imaginate mai multe modele de dispozitive ocluzive introduse în trompe din uter sub control histeroscopic. S-au mai folosit polimeri cu solidificare in situ, introduși cu o sondă aplicatoare sub control histeroscopic, care realizează obstrucție tubară.

Mijloacele chimice sunt în principiu substanțe chimice care au efect sclerozant și care sunt introduse în uter prin col. Acestea au fost tetraciclină, pasta de fenol-atebrină iar cea mai controversată este Quinacrina sau Mepacrinul după nomenclatorul nostru, folosit în tratarea malariei. Am efectuat un studiu clinic în clinica noastră asupra sterilizării cu Mepacrin pe 107 cazuri, cu o rată de eșec de 2% și cu efecte secundare și complicații minime. Metoda constă în introducerea de două ori, la un interval de o menstruație, între zilele 8-15 ale ciclului menstrual a câte 252 de mg de Mepacrin și 36 de mg de Ibuprofen. Acestea se topesc după 100 de minute, produc o necroză a endometrului, urmată de eliminarea acestuia. Ulterior se declanșează o fibroză în bazala endometrului care va prinde în peste 50% dintre cazuri orificiile trompelor, obturându-le. Protecția contraceptivă în celelalte 50% din cazuri este realizată prin metaplazia endometrului, care își pierde glandele, devenind pavimentos și impropriu nidației.

b. Sterilizarea mascuiină

La fel ca sterilizarea feminină, aceasta se poate face chirugical sau nechirurgical.

I. Sterilizarea chirurgicală

Se relizează prin vasectomie, ligaturarea și secționarea canalului deferent, izolat din funiculul spermatic. Clasic, după anestezia pielii scrotului prin infiltrare cu Xilină se practică o incizie prin care vom extrage funiculul spermatic; vom inciza tunica acestuia și vom evidenția canalul deferent, care este alb, sidefiu. După ce îl vom lega în două locuri vom efectua secționarea între ligaturi urmată de reintroducerea capătului proximal în funiculul spermatic, urmată de refacerea tunicilor sale. Manopera se repetă și de cealaltă parte. Această metodă are mai multe variante de tehnică, dintre care o amintim pe cea cu o incizie mediană prin care se efectuează secționarea ambelor deferente și pe cea fără bisturiu a specialiștilor chinezi.

Ultima metodă folosește ca instrument specific o pensă cu vârfurile foarte ascuțite, cu ajutorul căreia se practică o puncție a peretelui scrotal în locul inciziei. Pensa, care se poate bloca deschisă permite accesul la funiculul spermatic, iar după terminarea manoperei se extrage lăsând în loc un punct care nu necesită sutură.

II. Sterilizarea nechirurgicală

Studiile în acest domeniu s-au făcut cu substanțe sclerozante- pastă de fenol atebrină injectată în canalul deferent, cu substanțe care polimerizează in vivo - metil ciano acrilat sau cu dispozitive ocluzive introduse în canalul deferent printr-o mică incizie.

* *Eficiența contraceptivă* a sterilizării este deosebit de bună, eșecurile fiind sub 1% și se datoresc repermeabilizarilor spontane.

* *Posibilități de repermeabiiizare.* Statistica arată că, oricât de bine vom selecționa pacienții, vom avea solicitări de repermeabiiizare în jur de 1-3% dintre cazuri. Refacerea continuității trompelor sau a canalelor deferente are o rată de succes de sub 50% dintre cazuri.

Contracepția de urgență

Se definește ca totalitatea metodelor prin care se poate preveni sarcina, în situația unui contact sexual neprotejat contraceptiv în perioada fertilă, sau în cazul unui incest sau viol.

Acest deziderat se poate realiza prin folosirea de tablete contraceptive, a steriletului sau a antiprogesteronicelor.

Folosirea contraceptivelor orale

1. Contraceptive orale combinate: facem calculul dozei de levonorgestrel ca să ajungem la 1000 de micrograme, iar doza o împărțim în două prize care se administrează în intervalul a 72 de ore de la contactul sexual, la 12 ore interval. Calculul este simplu - cu Microgynon de exemplu, care are 150 micrograme de Lng vom folosi doza totală de 8 tablete în 2 prize de cate 4.

2. Contraceptive orale numai cu progesteron: calculul se face la fel, excepție făcând preparatele special concepute în acest scop, de exemplu preparatul Postinor al casei Richter. Acesta conține 750 de micrograme de Lng / tabletă, doza necesară realizându-se din 2 tablete.

* *Mecanismul de acțiune:* nu este pe deplin lămurit, dar se consideră că previne ovulația, fecundația și împiedică nidația.

* *Eficiența contraceptivă:* dacă preparatele medicamentoase sunt folosite corect, rata de eșec a metodei este de până la 2%.

* *Contraindicații:* acestea se reduc la sarcina deja instalată. Indiferent de conținutul și de tipul hormonilor folosiți, contraindicațiile clasice la COC sau POP nu se aplică, dată fiind doza redusă și repetarea ei numai o dată.

* *Efecte secundare:* sunt reprezentate de grețuri, vărsături și tulburări de ritm menstrual, menstruația debutând mai precoce. în general, fenomenele digestive nu durează peste 24 de ore, dar dacă se produc vărsături la mai puțin de 2 ore de la ingestia tabletelor, doza va trebui repetată. Pentru a evita aceste fenomene se poate asocia administrarea de lapte sau un aliment ușor înaintea tabletelor sau administrarea lor la culcare seara.

Steriletul

Se poate obține protecție contraceptivă de urgență prin aplicarea unui sterilet la cel mult 5 zile după contactul sexual neprotejat. După prima menstruație se va evalua oportunitatea folosirii în continuare a steriletului ca mijloc contraceptiv.

Antiprogesteronicele

Este vorba în principiu de RU 486 sau mifepriston. Efectul său contraceptiv se bazează pe efectul său de a bloca receptorii de progesteron, anulând efectul acestuia. Se folosește o doză unică de 600 mg, administrată la cel târziu 72 de ore de la contactul sexual.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

ADDIS MĂRIA FILIPPA, RAPPELLI PAOLA, PINTO DE ANDRADE ANA MĂRIA, MADEIRA RITA PATIMA, COLOMBO M M, CAPPUCCINELLI P, FIORI PL. Identification of Triohonnonas vaginalis â-actinin as the most common immunogen recognized by sera of women exposed to the părăsite. J Infect Dis 1999; 180: 1727-1730

ADDIS MĂRIA FILIPPA, RAPPELLI PAOLA, FIORI PL. Host and tissue specificity of Trichomonas vaginalis is not mediated by its knovi/n adhesion proteins. Infect Immun 2000; 68: 4358-4360

ASKIENAZY-ELBHAR MYRIAM Flore vaginale et infections genitales.Validite de deux marqueurs: pH vaginal et score de le flore. Gynecol Obstet Fertil 2000; 28: 502+508

BAYOT DOMINIQUE- "Schemas de consultation en gynecologie", Ed. Prodim, Paris, 1989.

BĂNCEANU G., BĂNCEANU M. - "Ghid practic de histeroscopie", Ed. Medicală, București, 1998.

BENSON R. C. - "Manuale di Ostetricia e Ginecologia", Ed. Piccin, Padova, 1986.

BEREK J. S., ADASHI E. Y., HILLARD P. A. - "Novak's Gynecology", Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.

BIRKHAUSER M. H., ROZENBAUM H. - "Menopause", Ed. Eska, Montreux, 1996.

CALLEN P. W. - "Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology", Ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1994.

CANDIANI G. B., DANESINO V., GASTALDI A. - "La clinica ostetrica e ginecologica - Ginecologia", Ed. Masson, Milano, 1992.

CARABIAS J., FONT - SASTRE JR., BONILLA - MUSOLES F., PELUCER A. - "Atlas de histeroscopia", Ed. Jims, Barcelona, 1985

CHIOVSCHI.I. - "Obstetrica Ginecologie - Patologia ginecologică". Voi. III, Lito U.M.F.T, Timișoara, 1998.

COLIN C. - "Les indicatios therapeutiques en senologie", Ed. Parke- Davis, Bruxelles, 1986.

DONNEZ J. - "Gynecologie", Ed. Centre d'Impression Benevole, Saint-Luc, 1988-1989.

DONNEZ J. - "002 Laser in gynecology - Intraepithelial neoplasia, Infertility, Endometriosis", Ed. Nauwelaerts Printing S.A., Louvain.

DONNEZ J. - "Laser operative laparoscopy and hysteroscopy", Ed. Nauwelaerts Printing, Louvain, 1989.

DUBUISSON J. B., CHAPRON C, BOUQUET DE JOLINIERE J. - "Les fibromes uterins", Ed. Arnette, Paris, 1994.

EVERS J. L. H., HEINEMAN M. J. - "Gynaecology -Aclinical atlas", Ed. Organon.

GRIGORE T.. CERNEA N. - "Patologia uterului", Ed. Info, Craiova. 1998.

GYRAUD J. R., BREMOND A., ROTTEN D. - "Gynecologie". Ed. Masson, Paris, 1993.

GRUYTER W. - "Dizionario Pschyrembel di Ginecologia ed Ostetricia", Ed. Walter de Gruyter & Co., Berlin, 1990.

HERBST A. L, MISHELL D. R. JR., STENCHEVER M. A. -" Comprehensive gynecology", Ed. MosbyYear Book, St. Louis, 1992.

LANSAC J., LECOMTE P. - "Gynecologie pour le practicien", Ed. Simep, Lyon, 1981.

LECART C. - "Gynecologie", Ed. Centre d'Impression Benevole, Saint-Luc, 1988-1989.

PAPIERNIK E., ROZENBAUM H., BELAISCH - ALLART J. - "Gynecologie", Ed. Flammarion Medecine Sciences, Paris, 1990.

PREDA GH. - "Boala inflamatorie pelvină". Revista Obstatrica și Ginecologia, Voi. XLV, Nr. 1, pag. 41 - 44, 1997.

RĂDULESCU C. - "Ginecologie", Voi. II, Ed. Medicală, București, 1995.

RUSU O. - "Propedeutica ginecologice - obstetricală-Ginecologia", Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1974.

SCOTT J. R., DiSAIA PH. J., HAMMOND C. B., SPELLACY W. N. - "Danforth's Obstetrics and Gynecology", Ed. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.

SELLORS J, MAHONY J, GOLDSMITH C, RATH DARLYNE, MANDER R, HUNTER B, TAYLOR C, GROVES D, RICHARDSON H, CHERNESKY M. The accuracy of clinical findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 113-120

SEMM K. - "Endoscopic abdominal surgery", Ed. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1987.

SNOECK R, DECLERCQ E. Treatment of herpes simplex virus infections. Infect Med 1999; 16: 249-265

THOMAS K. - "Gynecologie - Obstetrique", Ed. Centre d'Impression Benevole, Saint-Luc, 1988 - 1989.

TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M. - "Gynecologie et Obstetrique", Ed. Masson, Paris, 1984.

șURCAȘ A., TRUșĂ E., MERFU I., SIMU G., ROMAN I. - "Patologia colului uterin", Ed. Dacia, Cluj Napoca, 1971.

VÂRTEJ P. Ginecologie, Ed. All Educațional S.A., București 1997

WITKIN SS, LINHARES IARĂ, GIRALDO P, JEREMIAS J, LEDGER WJ. Individual immunity and susceptibitity to female genital tract infection. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 252- 256

WOODWARD CAROL, FISHER MA. Drug treatment of common STD's: part II. Vaginal infections, pelvic inflammatory disease and genital warts. Am Fam Physician 60: 1716-1722; 1999.

HEMORAGIILE GENITALE IN AFARA SARCINII
MENORAGIILE, METRORAGIILE, MENO - METRORAGIILE

Obiective

* Cunoașterea principalelor cauze etiologice a hemoragiilor din perioada post pubertală;
* Cunoașterea unor atitudini terapeutice în hemoragiile post pubertale;
* Cunoașterea și câștigarea capacității de a descrie succint cauzele metroragiilor din perioada de activitate genitală;
* Cunoașterea mecanismului și tratamentului metroragiilor funcționale;
* Cunoașterea conduitei celei mai adecvate într-o metroragie din post menopauză.

Hemoragiile genitale fie că este vorba de meno- sau de metroragii necesită din partea medicului:

* O examinare riguroasă;
* Un raționament permanent pentru a utiliza toate explorările complementare pentru obținerea diagnosticului;
* Aplicarea unui tratament, în afara urgenței, etiologic.

Aspectul clinic este foarte diferit în funcție de vârsta pacientei, motiv pentru care afecțiunea poate fi studiată în trei perioade distincte:

- la pubertate;
- în perioada de activitate genitală;
- la menopauză.

HEIVIORAGIILE GENITALE DIN PERIOADA DE ACTIVITATE GENITALA

Anamneză

După anameza generală și cea ginecologice - obstetricală de bază se va stabili calendarul menstrual, fiind foarte important să se stabilească cronologia pierderilor de sânge.

Va trebui să obținem date asupra vieții sexuale a pacientei și să eliminăm posibilitatea existenței unei sarcini deranjate, vom culege date asupra metodelor contraceptive utilizate, uneori ele putând fi cauză de hemoragie (antiovulatorii necorespunzătoare, netolerarea unui sterilet).

Un detaliu foarte important- stabilirea relației dintre sângerare și relația sexuală.

Trebuie căutate simptome asociate: dureri abdominale, polakiurie, disurie, constipație.

Uneori anamneză poate releva tulburări de cuagulare: epistaxis, gingivoragii, odontoragii, etc.

Va trebui să cunoaștem numele medicamentelor pe care le utilizează pacienta, unele dintre ele putând influența cuagularea și reglarea neuro - hormonală: opiacee, amphetamine, chiorpromazine, etc. și mai importantă este cunoașterea eventualei utilizări a unor produși hormonali.